

প্রতিষ্ঠিত

১৩১৫ সাল

পুণশ



পাশত চিকিৎসা

বিজ্ঞান বিষয়ক
মাসিক পত্র

উপসর্গসহ বাবতীয় জরের
চিকিৎসায় যদি সম্পূর্ণরূপে
পারদর্শী হইতে চাহেন, তাহা হইলে
১ম, ২য়, ৩য় ও ৪র্থ খণ্ডে—
১৭০০ পৃষ্ঠায় সম্পূর্ণ

DR. R. C. ROY'S
ট্রপিক্যাল ফিভার

পাঠ করুন

জ্বর চিকিৎসা সম্বন্ধে আধুনিক
সমস্ত জ্ঞাতব্য তথ্য সম্বলিত
এত বড় বই—এলোপ্যাথিক মতে বাঙ্গালা ভাষায়
প্রকাশিত হয় নাই

মূল্য :—সুবর্ণ খচিত বিনাতি বাইণ্ডিং ৭ টাকা।
চিকিৎসা-প্রকাশ কার্যালয়ে প্রাপ্তব্য।

সম্পাদক

ডাঃ শ্রীমীরেন্দ্র

নাথ হালদার

১১৭, বঙ্গবাজার স্ট্রিট

কলিকাতা



জার্মানির সুপ্রসিদ্ধ কোম্পিষ্ট “বেয়ারের” (Bayer)

এরিস্টোচিন—Aristochin.

ইহা সম্পূর্ণরূপে গন্ধাস্বাদ বিহীন কুইনাইন ; ইহাতে ৯৬.১% কুইনাইন আছে ।

উপযোগিতা (Advantages) :—এরিস্টোচিনের বিশেষ উপযোগিতা এই যে, ইহার কোন বিকট বা তিক্ত স্বাদ কিম্বা কোন প্রকার গন্ধ নাই এবং ইহা সেবনের পর কোন প্রকার মন্দ লক্ষণ বা উপসর্গ উপস্থিত হয় না । শিশু ও বালকবালিকা এবং স্ত্রীলোকদিগের পক্ষে ইহা বিশেষ উপযোগী । যে সকল অর কুইনাইন বন্ধ হয় না, তাহা এরিস্টোচিন প্রয়োগে সহজ বন্ধ হইয়া থাকে । কিন্তু বেয়ারের এই বিশুদ্ধ এরিস্টোচিন ব্যতীত অন্য কোন এরিস্টোচিনে এই ক্রিয়া সর্ব্বাংশে পাওয়া যায় না ।

আম্লিক প্রয়োগ (Indications) :—ম্যালেরিয়া জরের সকল অবস্থায়—কম্পজরে ও হৃপিংকফে এবং যে সকল রোগীতে কুইনাইন অকম্প্য হয়, তাহাতে এরিস্টোচিন অতীব ফলপ্রসূরূপে ব্যবহৃত হয় ।

মাত্রা (Dose) :—সালফেট অব কুইনাইনের হাফ ।

বিশেষ বিবরণের জন্ত নিম্ন ঠিকানায় আবেদন করুন ।

Havero Trading Co. Ltd., Calcutta.

Pharmaceutical Dept. *Bayer-Melster-Ludwig*

P. O. Box 2122

ঔষধ প্রাপ্তিস্থান—লণ্ডন মেডিক্যাল স্টোর

১৯৭নং বহুবাজার স্ট্রীট, কলিকাতা

ও অন্যান্য বড় বড় ঔষধালয় ।



পাইওরিয়া এলভিওলেরিস ও

দন্ত সম্বন্ধীয় যাবতীয় উপসর্গের

অব্যর্থ ফলপ্রদ ঔষধ

(রেজিষ্টার্ড)

পাইওরেসিন—Pyorecin

যাবতীয় দন্তপীড়ার প্রতিষেধক ও
আরোগ্যার্থ পাইওরেসিন কিরণ অমৌষ
ফলপ্রদ, একবার ব্যবহার করিলেই বুঝিতে
পারিবেন । মূল্য—প্রতি শিশি ১০ টাকা ।

(রেজিষ্টার্ড)

টুথ্যালজিন—Toothalgine

অসহ্য দন্তশূল, দাঁতের গোড়া ফুলা ইত্যাদি

যন্ত্রণাজনক উপসর্গে ইহাতে হাতে হাতে ফল পাওয়া যায় । মূল্য—প্রতি শিশি ১০ দশ আনা ।

প্রাপ্তিস্থান—লণ্ডন মেডিক্যাল স্টোর, ১৯৭ নং বহুবাজার স্ট্রীট, কলিকাতা ।

চিকিৎসা-প্রকাশ

১৩৩৭ সালের (২৩শ বর্ষের) বার্ষিক সূচীপত্র

[১ম সংখ্যা (বৈশাখ) হইতে ১২শ সংখ্যা (চৈত্র)]

(বাঙ্গালা বর্ণানুক্রমিক)

বিষয়	অ	পত্রাঙ্ক	বিষয়	এ	পত্রাঙ্ক
অঙ্গীর্ণ	...	৪৩৩, ২০১	এন্টিনোমাইকোসিস	...	২৩১
অতিরিক্ত:	...	৩৫৭, ৫০১	এক্সাম্পসিয়া	...	১৪৪
অনিদ্রা	...	২৪৫	এক্স-রে	...	৪৩৬
অণুকোষ প্রদাহ	...	৪৮৮	এক্স-মা (হীপানি)	...	৫০৮, ৫২১
অঙ্গশূল	...	২৬২, ৬৪৭	এনসেফালাইটিস	...	৬৪১
অস্ত্রাঙ্ক ঔষধসহ ইঞ্জেকসনে এমিটিনের বিভিন্ন ক্রিয়া	১৩		“ লিথারজিকা	...	৬৪১
অর্শ	...	২১২, ৩২২, ৪১২ ৪৮৭, ৪৮৮	এণ্টারিক ফিডার (শৈশবীয়)	...	৬১৪
অধঃকর্ণাল-মাধ্যম	...	২৪৫	এফ-থাস টোমাটাইটিস	...	৫
অমিবাত	...	২১৮, ৫৭২	এমিনোট্রিবিয়া—কালাজরে রেজ্যাল ইঞ্জেকসন	...	২৫০
আমাশয়	...	১১৪, ৩২৫	এমিবিক ডিসেণ্টেরী	...	৫৭৪
আর্থ্রাইটিস (রিউমেটিক)	...	২৫৩	এলজিড ম্যালেরিয়া	...	৬৮, ৬৩৬
আর্ট্রো-ডায়োলেট রুমি	...	৪৩৫, ৫৬৮	কটীবাভ	...	৩০৫
আল্‌সারেটিভ টোমাটাইটিস	...	৮	কলেরার পর পক্ষাঘাত	...	৬২
ই			কটরজ:	...	৬৪, ৩২৩
ইণ্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসনরূপে কুইনাইন	...	২১২	কার্কাঙ্কল	...	৬৩, ৩৭৭, ৬৪২
ইরিসিপেলাস (বিসপ)	...	১২৫, ১৭৪, ২১৭, ৩৬০	কালাজর—	...	২৫০, ৩২৩, ৩৩৪, ৬৪৮
উদরগ্রাধান	...	৫০৭	কীটপতঙ্গের দংশন	...	২১৮
“ সহ অঙ্গশূল	...	২৬২	কুইনাইনের পরিবর্তে এলাম	...	১৬৬
উদর প্রদেশের ভৌতিক পরীক্ষা	...	১৪২	কুঠ	...	১৬৭
উপদংশ	...	২, ৭১	কেশপতন নিবারণ	...	২১৭
এ			কোকেন বিষাক্ততার প্রতিষেধক	...	২৭১
একজিয়া	...	৩, ১১৪, ৩২৪, ৪৮৫, ৫৪৮	কোরিয়া	...	২৪৬
একুনি	...	৪৮৬	কোঠবদ্ধ	...	২, ১৬৮, ২১৮, ২২১, ২৮৫
			ক্রোধ দমনের ঔষধ	...	১৬৬

চিকিৎসা-প্রকাশ—সূচীপত্র

বিষয়	ক	পত্রাক
কৃত্রিম কালস্বাভাস	...	৬১
কৃষি—দেশীয় ওষধ	...	৩২৫, ৪৬৩, ৫৪৮, ৫৮৮
খ		
খাদ্য	...	১৮৬, ২৩২
খুঁকি ও মৃদাঙ্গ (বস্ত্রের)	...	১৬৭, ৩৭০, ৩৭২
গ		
গণোরিয়া	২২০, ২৪৩, ৩০২, ৪১৫, ৬১৫	
গর্ভকালীন বমন	...	৪৬৮
গলগণ্ড (হাইড্রাটিস)	...	৫৪২
গলদেশের লিম্ফগ্রন্থির বন্ধ্যাজনিত প্রদাহ	...	৫৫০
গলকণ্ড	...	২৭১
গাউট	...	৬২, ৫১৩
গাউদাহ	...	৪৩৩
গোড়ালির (পায়ের) বেদনায় রোগনির্ণয়	...	৪৮৬
গ্যাংগ্রিন টোম্যাটাইটিস	...	৬৭
গ্যাস্ট্রিক আলসার	...	১৫, ৮৪, ৪১৪
গ্রেভস ডিজিজ	...	১২২
ঘ		
ঘর্ষ (পায়ের)	...	১১৪
ঘোল	...	১২০, ২৮

চ		
চক্ষু প্রদাহ	...	১৬৬
ডিকেন পল্ল	...	১২৩, ২২৪
চিকিৎসা-বিজ্ঞানে আলোক রশ্মি	...	৪৩৪

চিকিৎসিত রোগীক বিবরণ—

ইরিসিপেলাস	...	৩৬০
এক্সোপসিয়া	...	১৪৫
এলজিড ম্যালেরিয়া	...	৩৭
কাণ পাকার চৌরাল আবদ্ধ	...	২৭
কালাজর	২৫০, ৩০৩, ৫৩১, ৫৩৪	
কৃষিজনিত উপসর্গ	...	৪৬৩, ৫৮৮
গণোরিয়া (পুরাতন)	...	৩০২, ৪১৫
গর্ভকালীন হৃদয বমন	...	৪৬৮
গ্যাস্ট্রিক আলসার	...	৪১৪
চৌরাল আবদ্ধ	...	২৭

বিষয়	পত্রাক
-------	--------

চিকিৎসিত রোগীক বিবরণ —

অর এলজিড ম্যালেরিয়া	...	৩৮
কালাজর	২৫০, ৩০৩, ৫৩১, ৫৩৪	
টাইফয়েড	...	৫৬৫
পুরাতন বিষমজ্বর	...	৬৭০, ৫৩২
ব্রাকওয়াটার কিতার	...	৫৮৬
ম্যালেরিয়া	...	৫৬৭, ৫৮৩
টাইফয়েড কিতার	...	৫৬৫
নাসিকাভ্যন্তরে কৃষি	...	৩৫২
পাকশয়ের ক্ষত	...	৪১৪
পুরাতন গণোরিয়া	...	৩০২, ৪১৫
বিষমজ্বর	...	৪৭০, ৫৩২
বিশেষত্বপূর্ণ কালাজর	...	৫৩১
ব্যাঙ্গিলারী ডিসেণ্টারী	...	৬৫৩
ব্রুকিয়াল এজমা	...	৫২১
ব্রুকোনিউমোনিয়া	...	১৪২, ২৮২
ব্রাকওয়াটার কিতার	...	৫৮৬
মধু কুজ	...	৫২৩
মুখ বিষরে টিউমার	...	২০০
মেনোরেজিয়া	...	৩৫৭
ম্যালেরিয়াজনিত অজীর্ণ	...	২০১
দৃষ্টিহীনতা	...	৩০০
অর	...	৫৬৭, ৫৮৩
রোগনির্ণয়ে দুঃসাধ্যতা	২৪৭, ৩৬২, ৪১২	
শিরঃপীড়া (থাইরয়েড গ্রন্থির অতিপ্রাব জনিত)	...	৬৫৬
সালফাসেন্সন ইঞ্জেকসনে উপসর্গ	...	১২৭
সেপ্টিক সোর (দুহিত ক্ষত)	...	৬৫১
সেপ্টাল নিউমোনিয়া	...	১৫১

চুলউঠা	...	২১৭, ২৭০
চুলকানি—একজিমা জনিত ও বোনি প্রদেশের	...	৩, ২১২

জ		
জন্মশাসন	...	২৭০
জ্বর ২৪, ৩৪, ১১৫, ১৪৮, ২৪৬, ২২৪, ৩৪৭, ৩২৪, ৪৩৩, ৪৪৪, ৪৮৭, ৫১৪, ৫১৫, ৫২৬, ৫৬৩		
এণ্টারিক (শৈশবীয়)	...	৬১৪
ওজরীয় উপসর্গ	...	৪৩৩
কালাজর	২৫০, ৩০৩, ৫৩১	

বিষয়	পত্রিক
জ	
জন্ম টাইমরেড ৩৩৫, ৩৪৯, ৩৯৪, ৪৩২, ৪৪৪, ৫১৪, ৫৫৩	৫৫৩, ৫৬৫
„ বোকালিন ...	৬১৯
„ পুরাতন ...	৪১৭
„ „ বিষমজ্বর ...	৪৭০, ৫৩২
„ পোনঃপুনিক ...	১১৫
„ ব্র্যাকওয়াটার ফিভার ...	৫৮৬
„ বাতজ্বর ...	২৪৩
„ ম্যালেরিয়া ২৪ *, ১৪৭, ১৬৬, ২০১, ২১৯, ৩০০, ৩৪৭, ৪০৮, ৪৮৬, ৫২৬, ৫৪৮, ৫৬৭, ৫৮৩, ৬২৩ ৬৩৪	
„ সূতিকাজ্বর ...	৩২৫
„ —সেরিবোম্পাইন্যাল ...	৪৮৬
জল বসন্ত ...	১২৩, ২২৪
জিহ্বা পরীক্ষা ...	১৪৩

ট

টাইফয়েড ফিভার (“জ” পর্যায়ে “টাইফয়েড জ্বর” দৃষ্টব্য)	
„ ফিভারে সোডি বাইকার্স ...	৪৩২
টাইফো-ম্যালেরিয়া ...	৬৩৮
টিউবার (মুখাভ্যন্তরে) ...	২০০

ঠ

ঠুনকো (মিক এবসেস্) ..	২১৯
-----------------------	-----

ড

ডিজিটেলিস সন্ধে নিষিদ্ধ প্রয়োগ ...	৩
„ „ প্রতিবাদ (নিউমোনিয়ায়) ...	২৫২
„ „ প্রতিবাদের উত্তর ...	৩২১
ডিফথেরিয়া ...	২৭২, ৩২৭
ডিসেণ্টেরি—এমিবিজ ...	১৩, ৫৭৪
„ ব্যাসিলারি ...	১৭৯, ৩২৫, ৩৩৯, ৬৫৩
ডিসেণ্টেরিক ম্যালেরিয়া ...	৬৩৭

থ

থাইরয়েড গ্রন্থির অতিপ্রাবলমিত শিরঃশীড়া ...	৬.৬
থ্রাস ...	৭

দ

দধি (দহন) ...	২১৮, ২৭০, ৪৮৬, ৬১৫,
দন্তরোগ ...	৬২, ৯৪
দুগ্ধ—বন্ধারোগে ...	২১৭

বিষয়	পত্রিক
দ	
দুগ্ধ প্রয়োগ (নিউমোনিয়ায়) সন্ধে প্রতিবাদ ...	২৫১
„ „ „ প্রতিবাদের উত্তর ...	৩২০
দুর্গন্ধ নাসা-সর্দি ...	৪৮৬
দেশীষ ভৈষজ্য-তত্ত্ব—	
অতৈচ—জ্বরে ...	৪৩৩
অখণ্ডের ছাল ভস্ম—বমনে ...	৪৮৮
আয়লকি—বমনে ...	„
ইশার মূল—সর্পদংশনে ...	১৮৩
ইক্ষু গুড়—অর্শরোগে ...	৪৮৭
উচ্ছে “ “ ...	„
কটকী—গাত্রদাহে ...	৪৩৩
কলমী শাক—বসন্ত রোগে ...	৪
„ „ —বৃশ্চিক দংশনে ...	৪
„ „ —সর্পদংশনে ...	১৮৫
„ „ —স্তনদুগ্ধ হ্রাসে ...	৪
কয়েৎ বেল—হিকায় ...	৪৮৮
কুলের আঁটির শাঁষ—বমনে ...	„
কৈচো—সর্পদংশনে ...	১৮২
কেলে খড়া “ “ ...	„
কুম্ভ তিল—অর্শরোগে ...	২১৯
গন্ধক—মধুমুত্র রোগে ...	৫৪৭
গব্যস্বত—রাতকাণা রোগে ...	৪৩৩
গো-দুগ্ধ—শ্বেতপ্রদরে ...	১১৫
গোবরের রস—রাতকাণা রোগে ...	২১৯
গোল আলু—বাত রোগে ...	৩৭৯
চিতার মূল—অর্শরোগে ...	২১৯
জগদুমুর—গণোরিয়ার ...	২২০
জয়পাল—সর্পদংশনে ...	১৮৩
জোনাকি পোকা—রাতকাণা রোগে ...	২১৯
তুলসী—সর্পদংশনে ...	১৮২
তৈতুল গাছের মূল—অখণ্ডসবে ...	২১৯
নাটর ডগা—ম্যালেরিয়া জ্বরে ...	৫২৬
„ বীজ—পুরাতন জ্বরে ...	৪৮৭
পলতা—পুরাতন জ্বরে ...	৪৭৭
পাকুল—হিকায় ...	৪৮৮
পিপুল—অর্শরোগে ...	৪৮৭
ফটিকরী—কুইনাইনের পরিবর্তে ...	১৬৬

বিষয়	পত্রাঙ্ক	বিষয়	পত্রাঙ্ক
দেশীয় ঔষধ্য তত্ত্ব—		প	
বুঢ়ীদানা—ধবল রোগে ...	৫৪৭	পুরাতন গাউট ...	৬২, ৫৩
বেল গাছের বুল—সর্পদংশনে ...	১৮৪	” জ্বর ...	৪৮৭
ভাট পাতা—	১৮২	” বাত ...	৬, ৪০১
ভেরাণ্ডা (লাল)—	”	” বিষমজ্বর ...	১৭০, ৫৩২
মনসা মীষ—	”	পেশীমধ্যে কুইনাইন ইঞ্জেকশন ...	২১৯
মধুর পুচ্ছ—বমনে ...	৪৮৮	পৈত্তিকতা ...	৬১
মহিষের সিং চূর্ণ—অর্শ-রোগে ...	”	পৌনঃপুনিক জ্বর ...	১১৫
মাষ কলাই—হিকায় ...	”	প্রতিবাদ—নিউমোনিয়ায় ডিজিটেলিস প্রয়োগ সম্বন্ধে ...	২৫২
রাখাল শসা—ঠুনকো রোগে ...	২১৯	” ” হৃৎ প্রয়োগ সম্বন্ধে ..	২৫১
লেবুর রস—ঔষধ রূপে ...	৬৪ ৬১৪	প্রতিবাদের উত্তর—ডিজিটেলিস প্রয়োগ সম্বন্ধে ...	৩২১
সিউলি পাতা—পুরাতন অরে ...	৪৮৭	” ” হৃৎ প্রয়োগ সম্বন্ধে ...	৩২০
খেত চন্দন—বমনে ...	৪৮৮	প্রবাহ—অণ্ডকোষের ...	৪৮৮
হাতি ওড়া—সর্পদংশনে ...	১৮২	” —মধ্যকর্ণের ...	৩৭২, ৬১৬
কেং পাণ্ডা - অরে ...	৪৩৩, ৪৮৭	” —স্থানিক ...	২৭০
মৌলিন জ্বর ...	৬৩৯	প্রসব বেদনায় নভালজিন ...	১
বৃষ্টি-শক্তি হীনতা ...	৩০০	প্রসবে—ভেঁতুল চারা ...	২১১
খ		প্লুরিসি ...	২৩৪, ২২১
ধনুংকার ...	৪৮৯	ফ	
ধবল ...	৫৪৭	ফ্যাডাস ...	২৮৭
ধনুভঙ্গ ...	৩২৬, ৩৮৫	ব	
ন		বমন ...	২, ৩২৪, ৪৮৮
নাসিকাভ্যন্তরে কুমি ...	৩৫৯	বসন্ত ...	৪, ৬১৪
নিউমোনিয়া—ব্রঙ্কো ...	২৮, ১৪৯, ১৫১, ২৯৮	বয়েল (বিস্ফোটক) ...	৬৩
নেফ্রাইটিস ...	১১১, ৬১৭	বাত ...	৬২, ২৪৩, ৩৭৯, ৪০১, ৫১৩
পক্ষাঘাত (কলেরার পর) ...	৬২	বাতজ আর্থ্রাইটিস ...	২৪৩
পাইওরিয়া এলভিওলে রিস ...	৬৯	বিপজ্জনক অসম্মিলন ...	১১৩
প		বিষাক্ততা—কোকেন দ্বারা ...	১৭১
পায়েরাইটিস ...	৬১, ৭৬	” —ট্রিকিনি দ্বারা ...	২
পাকস্থলীর ক্যান্সার ...	১৪২	বিসর্প (ইরিসিপেলাস) ...	১২৫, ১৭৪, ২১৭ ৩৬০
” কত ...	১৫, ৮৪	বিস্ফোটক ...	৬৩
পাকুই ...	১১৪	বেদনা ...	২, ৪৮৬, ৬১১
পায়ের গোড়ালির বেদনায় রোগনির্ণয় ...	৪৮৬	” প্রসব বেদনা... ..	১
” বর্ষ ...	৪১৪	বোলতা ও বৃশ্চিক দংশন ...	৪
পিত্তশূল ...	৪৮৬	ব্যাট্টেরিওফেজ ...	৫৭৭, ৩৭৮
পুরাতন গণোরিয়া ...	৩০২, ৪১৫	ব্যাঙ্গিলারি ডিসেণ্টেরী ...	২৭৯, ৩২৫, ৩৩৯, ৬৫৩
” গলকত ...	২৭১	ব্রঙ্কিয়াল এজমা ...	৫২১
		ব্রঙ্কো-নিউমোনিয়া ...	১৪৯, ২৯৮
		ব্র্যাকওয়াটার ফিভার ...	৫৮৭

বিষয়	পত্রাঙ্ক
ভ	
ভৈষজ্য প্রয়োগ-তত্ত্ব—	
অয়েল ইউকেলিফটাস—পীকুইরোগে ...	১১৭
„ টার্পেণ্টাইন—রক্তোৎকাশে ...	৪৩১
আয়োডিন—ইরিসিপেলাস পীড়ায় ...	৩৬০
„ —নূতন প্রয়োগরূপ ...	৬৭
„ —ব্রঙ্কোনিউমোনিয়ায় ...	২৯৮
আর্গট—ম্যালেরিয়া জ্বরে ...	৪৮৬
আর্সেনিক—গলকতে ...	২৭১
„ —পুরাতন সর্দিতে ...	১
ইউরিয়া টিউবাইন—ইঞ্জেকসনে উপসর্গ ...	৫৩৪
ইউরোট্রোপিন—মূত্রথলির পীড়ায় ...	৬১
ইকথিওল—স্থানিক প্রদাহে ...	২৭০
ইলিউথিন—কষ্টরজঃরোগে ...	৩২৩
ইসানোফেলি—ম্যালেরিয়ায় ...	১৪৮
একশিয়া—রক্তস্রাবজনিত শকে ...	৬২
এট্রোপিন—মূত্রধারণাক্ষমতা ...	৪৩২
এড্রিনালিন—ম্যালেরিয়া জ্বরে ...	৫৬৭
„ ও কুইনাইন—ম্যালেরিয়া জ্বরে ...	৫৮৩
এফিড্রিন—ব্রঙ্কিয়াল এজম। ...	৫২১
„ —শক নিবারণে ...	৩৭৮
এমিটিন—অজ্ঞাত ঔষধসহ ইঞ্জেকসনে বিভিন্ন ক্রিয়া ...	১
এমিনোটিউরিয়া—ইঞ্জেকসনে উপসর্গ ...	২৫০
এলাম—কুইনাইনের পরিবর্তে প্রয়োগ ...	১৬৬
এলবুমিন ওয়াটার—প্রস্তুত প্রণালী ...	৪৭০
এসিড কার্বলিক—কার্বাক্ল ও বয়েলে উপকারিতা ...	৬৩
„ ট্যানিক—দগ্ধকতে ...	৫৪৮
„ বোরিক—প্রস্রাববন্ধে ...	২১৯
„ „ —ঘোনি কণ্ঠয়ন ...	১
„ „ —শেতপ্রদরে ...	১
এসেরিগ—কতে ...	৪৮৭
কাল'স বাদ সলট—কৃত্রিম ...	৬১
কুইনাইন—পেশীমধ্যে ইঞ্জেকসন ...	২১৯
„ —ম্যালেরিয়াজনিত অজীর্ণে ...	২০১
„ —দ্বাঘৃশ্লে ...	১১৪
ক্যাফিন—মদ্যভায়ে ...	৪৮৬
ক্যানফর—ইরিসিপেলাসে ...	২১৭
„ —মর্ফিয়া সৈবনের অভ্যাস ত্যাগে ...	১১৩

বিষয়	পত্রাঙ্ক
ভ	
ভৈষজ্য প্রয়োগ-তত্ত্ব—	
ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড—মূত্রথলির পীড়ায় ...	৩৭৮
„ „ —শোণরোগে ...	২৬৯
ক্রোরফর্ম—পিত্তশ্লে ...	৪৮৬
„ —যক্ষ্মায় ...	৩২৪
ঘোল—ঔষধরূপে ...	১৯০, ২১৮
ডিজিটেলিস—নিষিদ্ধ প্রয়োগ ...	৩
নভালজিন—প্রসব বেদনায় ...	১
নিওআস ফেনামিন—ক্ষতিযুক্ত কতে ...	৩২৩
পাইলোকার্পিন—দায়েটিকায় ...	৪৮১
পিটুইট্রিন—কোষ্ঠবন্ধে ...	২
পিসিডিয়া—হৃপিংকফে ...	৫৩১
প্লাজমোকুইন—ম্যালেরিয়ায় ...	১৪৭
প্লাসেণ্টা (ফুল) অতিরজঃ পীড়ায় ...	৫২৪
„ গর্ভকালীন বমনে ...	১
„ রজঃলোপে ...	১
„ স্তনদুগ্ধের হ্রাসে ...	১
„ স্তনের অপূর্ণতা ...	১
ফরমালডিহাইড—পদবর্ধনে ...	১১৪
ফেগুরিল—মূত্রথলি ও মূত্রনলীর পীড়ায় ...	৪০
ব্যাট্টেরিওফেজ—কার্বাক্ল ও ফোটকে ...	৩৭৭
„ —তরুণ স্তন-প্রদাহে ...	১
ব্রোমাইড অব আর্সেনিক—একনি রোগে ...	৪৮৬
ভেরামিন—ভৈষজ্যতত্ত্ব ...	৫৮১
মণ্ট ভিনিগার—সর্পদংশনে ...	১৮২
মিথিলিন ব্লু—মূত্রথলির পীড়ায় ...	৬১
ম্যাগ্ সালফ—নিওস্তালভারসন জনিত উপসর্গে ...	২
„ „ —ট্রিকনাইন বিষাক্ততায় ...	১
ম্যাগ্না র কম্পাউণ্ড—অতিরজঃ পীড়ায় ...	৩৫৭
লাইকর এমোনিয়া—সর্পদংশনে ...	১৮২
লাইম যুস—ঔষধরূপে ...	৬৪
লুমিন্যাল সোডিয়াম—ভৈষজ্য তত্ত্ব ...	২৪৫, ২৪৬
টিবুরামাইন—ইঞ্জেকসনে উপসর্গ ...	৩০৩
ট্রাফিলো ইয়াট্রেন—হৃতিকাজরে ...	৩২৫
ট্রেনসিয়াম ব্রোমাইড—একজিয়া পীড়ায় ...	৩
ট্রিকনাইন বিষাক্ততা ...	২
ট্রেন্টো-ইয়াট্রেন—হৃতিকাজরে ...	৩২৫

টিকিৎসা-প্রকাশ-সূচীপত্র

বিষয়	পত্রাঙ্ক
ভৈষজ্য প্রয়োগ-তত্ত্ব—	
সালফার—মধুসূত্র রোগে ...	৫৪৭
সালফার—বসন্ত রোগে ...	৬১৪
সিলেট—বি—মধুসূত্র রোগে ...	৫২২
সিলভার নাইট্রেট—গণোরিয়া পীড়ায় ...	৩০২, ৪১৫
স্তন-দুগ্ধ—বক্ষায় ...	২১৭
স্পিরিট এমেন এরোমেট—রজঃরোধে ...	১১৪
সোডি ক্যাডডিলেট—ম্যালেরিয়া জ্বরে ...	৫৪৮
,, থিওসালফেট—একজিমা রোগে ...	,,
,, বাইকার্ব—বিবিধ রোগে ...	২১৮, ৪৮৬
,, বাইসালফ—টাইফয়েড জ্বরে ...	৪০২
,, ব্রোমাইড—একজিমা রোগে ...	৩
,, সাইট্রাস—মূত্রকারকরূপে ...	৬৪
হেজামিন—মূত্রবহের পীড়ায় ...	৬১
দ্রব্য সংশোধন ...	...১৭৪, ৪৩০
অ	
মহাত্ম্য ...	... ৪৮৬
মধুসূত্র (ডায়েটিটস মেলিটাস) ...	২১৮, ৫২২, ৫৪৭
মধ্যকর্ণের তরুণ প্রদাহ ...	...৩৭৯, ৬১৬
মর্কিয়া সেবনের অভ্যাস ত্যাগ ...	... ১১৩
মস্তক ঘূর্ণন ...	... ২৪৬
মাতৃ-স্তনদুগ্ধ হ্রাস ...	... ৪
মোথার খুঁকি ...	... ১৬৭, ২৭০, ৩৭৯
মুখবিবরে টিউমার ...	... ২০০
মুখাত্তর প্রদাহ ...	... ৫, ৬৫
মুখমণ্ডলের একজিমা ...	... ৩২৪
মূত্রকারকরূপে জল... ...	... ৪৩২
,, সোডি সাইট্রাস ...	... ৬৪
মূত্রগ্রহির পীড়া ...	... ৪০, ৬১, ৩৭৮
,, প্রদাহ ...	... ১৩১, ৬১৭
মূত্রধারণাক্ষমতা ...	... ৪৩২
মূত্রে শর্করা নির্ণয় ...	... ১৪২
মেষমণ্ডলে রোগজীবাণু ...	... ১২৩
মেষ বৃদ্ধি ...	... ২২৬
মেনোরেজিয়া (রজোহ্রিক ) ...	... ৩৫৭
ম্যালেরিয়া জ্বর—২৪, ১৪৭ ১৬৬, ২০১, ২১৯, ৩০০, ৩৪৭, ৪০৮, ৫৮৬, ৫৯৬, ৫৪৮, ৫৬৭, ৫৮৩, ৬২৩, ৬৩৪	

বিষয়	পত্রাঙ্ক
অ	
ম্যালেরিয়া জ্বর উত্তাপবিহীন ...	৬৩৯
,, ,, এন্ড্রিড্ ...	৩৮, ৬৩৬
,, ,, কলেরিক ...	৬৩৭
,, ,, টাইফো ...	৬৩৮
,, ,, যৌকালিন ...	৬৩৯
,, ,, নিউমোনিক ...	৬৩৮
,, ,, নিবারণের নূতন উপায় ...	৪
,, ,, নির্ণয়ের নূতন প্রণালী ...	৪০৮
,, ,, রক্তমাশয়িক ...	৬৩৭
,, ,, রক্তপ্রাণিক ...	৬৩৭
,, ,, —সিনকোপিক ...	৬৩৬
,, ,, সেরিড্রাল ...	৬৩৫
ম্যালেরিয়া জ্বরে আর্গট ...	৪৮৬
,, ,, এড্রিনালিন ...	৬৩৭
,, ,, " ও কুইনাইন ...	৫৮৩
ম্যালেরিয়া জ্বরে—নাটার ডগা ...	৪৮৭, ৫২৬
,, ,, ফলপ্রদ ঔষধ ...	১৪৭, ১৬৬
ম্যালেরিয়াজনিত অজীর্ণ ...	... ২০১
,, ,, দৃষ্টিহীনতা ...	... ৩০০
অ	
যকৃতে ফোটক ...	... ৪৬১
যক্ষা ...	২১৭, ২২৫, ৩২৪, ৪৩৩, ৫২১
অ	
রজঃরোধ ...	... ১১৪, ২৪
রজোহ্রিক ...	... ৩২৪, ৩৫৭
রজোহ্রতা ...	... ৩৭৮
রক্তমাশয়—এমিবিক ...	... ১৩, ৫৭৪
,, ব্যাসিলারি ...	... ২৭৯, ৩২৫, ৩৩৯, ৬৫৩
রক্তহীনতা ...	... ৩
রক্তোৎকাশ ...	... ৪৩১
রাতকাণা ...	... ২১৯, ৪৩৩
রেডিয়াম ...	... ৪৩৭
রোগনির্ণয়ে হুঃসাধ্যতা ...	২৪৭, ৩৬২, ৪১২
অ	
লাইম যুস ...	... ৬৪, ৬১৪
লিউকিমিয়া ...	... ৬২৬
লিথার্জিক এনসেফালাইটিস ...	... ৬৪১
লোবার নিউমোনিয়া ...	... ২৮

বিষয়	পত্রাঙ্ক	বিষয়	পত্রাঙ্ক
শক	৩৭৮	স্তনের অপূর্ণতা	৩২৪
শিশু খাদ্যরূপে ঘোল	২১৮	,, বোঁটায় ক্ষত	৩৪৬
শিশুদের দন্তোদ্যম	১২২	স্ত্রী-রোগ	৩১৪
শূলরোগ	৬৪৭	স্থানিক প্রবাহ	২৭০
শ্বেত প্রদর	১১৫, ৩৮৯, ৪৫২	স্থলতা	২২৬
শৈশবীয় একজ্বিয়া	১১৪	ফোটিক	১৬৫, ৩৭৭
,, কোষ্ঠবদ্ধতা	২১৮	স্বপ্নদোষ	৩২৪
শোধ	২৬৯	হাজা (পাঁকুই)	১৬৪
স		ইপানি	৫২১
সর্পদংশন	২০, ১৮১—১৮৫, ৩৭৮	হিকা	৩১৪, ৪৮৮
সরলাস্ত্রের গণোরিয়া	৬১৫	হিষ্টিরিয়া	২২৯
সাধারণ রক্তহীনতা	৩	হপিং কফ	২৪৬, ৪০২, ৪৩১, ৪৮৮
সিনকোপিক ম্যালেরিয়া	৬৩৬	জ্বররোগ	৩৫৫
সিফিলিস (উপদংশ)	৯, ৭১	ক্ষত	৪৮৭
স্বথ প্রসব	২১৯	,, গলক্ষত	২৭১
সুতিকা জ্বর	৩২৫	,, দধিক্ষত	২৭০, ৫৪৮, ৬১৫
সুখিমায়া	৫৬৮	,, পাকস্থলীর	১৫, ৭৪, ৪১৪
সেরিব্রোস্পাইন্যাল ফিভার	১২৩, ৪৮৬	,, মুখাভ্যস্তরের	৫—৮, ৬৮
স্বনহ্রদের হ্রাস	৩২৪	,, সেন্টিক	৬৫১
স্বন-প্রবাহ	৩৭৭	,, স্তনের বোঁটায়	৩৪৬
		,, ক্ষীতিযুক্ত	৩২৩

হোমিওপ্যাথিক অংশের সূচীপত্র

(বাক্সে বর্ণানুক্রমিক)

—:—:—:—

বিষয়	পত্রাঙ্ক	বিষয়	পত্রাঙ্ক
অম্ল চিকিৎসা (হোমিওপ্যাথিক) ২১১, ২৬০, ৩০৯, ৩৬৫		অসিমায়ের হইট রোগী	৪৮২
অস্ত্রের পরিবর্তে হোমিওপ্যাথিক ঔষধ	৫২৩	কলেরার নূতন উপসর্গ	৪৯
আমেনিক ও তৎসদৃশ ঔষধের প্রয়োগ-বিচার	২৬৪	কুইনাইনের অপপ্রয়োগ ও হোমিওপ্যাথিক ঔষধ	৪২৮
এপেণ্ডিসাইটিস	৬১৯	কৃমি বিকার	৫৬, ২১৫
		,, রোগ	২৬৬

চিকিৎসা-প্রকাশ—সূচীপত্র

বিষয়	পত্রাঙ্ক	বিষয়	পত্রাঙ্ক
চক্ষু কর্ণিরার ক্ষত ...	৩১২	বিবিধ রোগে প্রত্যক্ষ ফলপ্রসূ ঔষধ ১৬১, ২০৮, ২৫৬, ৩০৭, ৪২৪, ৪৭৩, ৫২৯, ৬৭০	
পীড়ায় লাইকোপোডিয়াস ...	৬০৭	বেদনায় রাগটক্স ...	৩১৭
চক্ষুর ছানি ...	৬৭২	শ্বেতজের আত্মকাহিনী ...	৩১৯, ৪৭৬
চিকিৎসার পদ্ধতির একটু ...	৫৪০	স্নাত্ত্রাব ও তাহার চিকিৎসা ...	৬০৫
জ্বরভিষে তেরেট্রাম ...	৩১৩	রক্তস্রাবে টেরিবিনের উপকারিতা ...	৫৫
জিজ্ঞাস্ত—যন্ত্রণায় ক্যামোমিলা প্রয়োগ সম্বন্ধে .	৪৮৪	রিকোট ...	৩৭৬, ৪৮০
জিজ্ঞাস্ত বিষয়ের প্রত্যুত্তর ” ” ” ,	৬০৮	রোগ ও রোগী ...	৪২০
প্রতিক ধেরিয়া পীড়ায় আর্সেনিক ...	৫৭	শিশুর পীড়া ...	৫৪৫
লিউসোমিয়া ...	১০৮, ৩১৪	শৈশবীয় কুসুমসীম পীড়া ...	৩৭৫
পাত চিকিৎসা (হোমিওপ্যাথিক মতে)	৪৪, ৩১৮, ৩৬৯	স্নেহজনক এপেন্ডিসাইটিস ..	৬৬৯
পার্থক্য-বিচার—হোমিওপ্যাথিক ঔষধের .	৫২৬, ৬৭৩	সার্মিশাতে এণ্টিমোর্ট ...	৩১৫
পীড়ার লক্ষণ ...	৬০২	সোন্সদোষে সালফার ...	৫২
প্রয়োগ বিচার—আর্সেনিক ও তৎসদৃশ ঔষধের	২৬৪	হাঙ্কজের সালফার ...	১১১
প্রণব কার্যে ক্যামোমিস ...	৫৪৬	হোমিওপ্যাথিক ঔষধের পার্থক্য বিচার ...	৫২৬, ৬৭৩
” হোমিওপ্যাথিক ঔষধ ..	৪৭৮	” চিকিৎসার মূলতত্ত্ব ও শিক্ষা-পদ্ধতি	৬৬২
ফাইটাইটের উপযোগিতা ...	৫৪২	হোমিওপ্যাথির মূল ভিত্তি ...	১৬২, ১৫৬
কুসুমসীম পীড়া (শৈশবীয়) ...	৩৭৫	” মতে দেশীয় ঔষধ ...	৪৮১
স্নাত্ত্র পীড়ার প্রতিষেধক ...	৬৬৭	জদশিণ্ডের পীড়া ...	৫৪
স্নাত্ত্র—হোমিওপ্যাথিক মতে ...	৪৮১		

বাইওকেমিক অংশের সূচীপত্র

বাক্সালা বর্ণানুক্রমিক

—••:(*):(—••—

বিষয়	পত্রাঙ্ক	বিষয়	পত্রাঙ্ক
অসম্মিলিত শূলভ্রমণা. ...	৪১	বাইওকেমিক অভিজ্ঞতা সম্বন্ধে কয়েকটি কথা	২০৭
অসম্মিলন (বাইওকেমিক ঔষধের) ...	৫৩৭, ৬০৯	” ঔষধের অসম্মিলন ...	৫৩৭, ৬০৯
উদরাময় ...	১০১	” চিকিৎসা ...	১৫৩
ককটীগাত	৩০৬	বাতরোগে নেট্রাম-ফস্ ...	৫৩৫
কোলাইটিস ...	৪১৭	ব্যালিসারী ডিসেণ্টেরী ...	২০৩, ৬৬০
কৃপ ...	৬৫৯	স্নাত্ত্ররোধ ...	২৫৩
ঔষধাবিহীন শিশুর চিকিৎসা ...	৪৩	রক্তাশ্রিততা ...	৯৯
ডিসেণ্টেরী—ব্যালিসারী ...	২০৩, ৬৬০	শূলবেদনা ...	৪১
লিউসোমিয়া ...	৪৭১	শ্বেত প্রদর ...	৩৬৩
পূর্ণাঙ্গ কোলাইটিস ...	৪১৭	হরিদ্রাবর্ণের উদরাময় ...	১০১

—••: সূচী-পত্র সমাপ্ত :••—



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয় মাসিক পত্র ও সমালোচক

২০শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল—বৈশাখ

১ম সংখ্যা

নমঃ নারায়ণায়

মঙ্গলময় শ্রীভগবানের মঙ্গলময়ী ইচ্ছার অপ্রতিহত প্রভাবে ; আর সদয় গ্রাহক, অনুগ্রাহক এবং সুধী লেখকবৃন্দের আন্তরিক আনুকূল্যে, চিকিৎসা-প্রকাশ ২৩শ বর্ষে পদার্পণ করিল। নব বর্ষারম্ভে আজ সর্ব মঙ্গলময় শ্রীভগবানের পবিত্র চরণে কোটী প্রণামান্তর-পৃষ্ঠপোষক ও ভক্তানুযায়ী সদয় গ্রাহক, অনুগ্রাহক ও লেখক মহোদয়গণকে যথাযোগ্য প্রণাম, নমস্কার ও আন্তরিক প্রীতি এবং কৃতজ্ঞতা জ্ঞাপন করিতেছি। সর্ব-শক্তিমান শ্রীভগবানের অসীম করুণায় আমাদের ক্ষুদ্রশক্তি যেন এই কঠোর কঠবা সম্পাদনে—গ্রাহকগণের সেবায় সফলকাম হইতে পারে, ভগবচ্চরণে ইহাই আমাদের একমাত্র প্রার্থনা।

বিবিধ।

প্রসব বেদনায় নভালজিন
(Novalgin on the treatment of pain in labour) :—জর্জেন জার্মান চিকিৎসক লিখিয়াছেন যে, “প্রসব বেদনার দুঃসহ যন্ত্রণা নিবারণার্থ ২ সি, সি, মাত্রায় নভালজিন সাবক্লিউটেনিয়াস কিবা ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেক্সনরূপে প্রয়োগ করিলে শীঘ্রই যন্ত্রণার উপশম হয়,

অথচ ইহাতে প্রসবের কোন বিঘ্ন হয় না। অত্যন্ত যন্ত্রণা নিবারক ঔষধের আয় ইহাতে গর্ভিণীর নিদ্রা উপস্থিত হইয়া প্রসবের বিঘ্ন ঘটে না।-হৃদপিণ্ডের দুর্বলতা অবস্থায়ও ইহা প্রয়োগ করা যাইতে পারে”।

(Dr. Lissmann, Hannover—Clinical
excerpit No 5. 1929)

দুর্দম্য বমন ও বেদনা নিবারণে লুমিন্যাল সোডিয়াম (Luminal Sodium in intractable Vomiting and pain) :—Dr. W. Blumental, M. D. নামক জনৈক জার্মান চিকিৎসক লিখিয়াছেন—“তরুণ পাকস্থলীর প্রদাহ (acute gastritis), খাদ্য বিষাক্ততা (food poisoning) ও ইউরিমিয়া (uræmia) জনিত বমন ও বেদনায় এবং গর্ভাবস্থার বমনে লুমিন্যাল সোডিয়াম সাপোজিটরি আকারে প্রয়োগ করিলে ১৫-৩০ মিনিটের মধ্যেই বমন ও বেদনা নিবারিত হয়। নিম্নলিখিতরূপে প্রযোজ্য। যথা :—

Re.

লুমিন্যাল সোডিয়াম ... ৩-৪ গ্রেণ।

অয়েল কাকোয়া ... ৩০ গ্রেণ।

একত্রে ১টা সাপোজিটরি প্রস্তুত করিয়া গুহদ্বারে প্রযোজ্য। ইহা প্রয়োগের পর অনতিবিলম্বে রোগী নিদ্রিত হয় এবং বমন বেদনাদি উপশমিত হইয়া থাকে।

(Medizin Klinik, Jan 1929, C. E. Jan. 1929, No. 5)

স্ট্রিকনাইন বিষাক্ততায় ম্যাগ্নেসিয়াম সালফেট (Magnesium Sulphate in Strychnine poisoning) :—Nat. Med. Jour. (China, ২৭ 1929) পত্রে উল্লিখিত হইয়াছে—‘স্ট্রিকনাইন বিষাক্ততায় ম্যাগ্নেসিয়াম সালফেট ইন্ট্রাভেনাস, ইন্ট্রাভেনাস ও ইন্ট্রাস্কিউলার ইন্জেক্সনরূপে প্রয়োগ করিলে সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায়। এতদ্ব্যতীত ইহার ২৫% পারসেন্ট সলিউশন ৩ সি, সি, মাত্রায় ইন্ট্রাভেনাস, ২% পারসেন্ট সলিউশন ৫০ সি, সি, মাত্রায় ইন্ট্রাভেনাস এবং ২৫% পারসেন্ট সলিউশন ২০ সি, সি, মাত্রায় ইন্ট্রাস্কিউলার ইন্জেক্সন রূপে প্রযোজ্য।

(C. S. Yong. Nat. Med. Jour. China ২৭ 1929, A, Th. Jan, 1930)

কোষ্ঠবদ্ধকোষ-পিটুইট্রিন (Pituitrin in Constipation) :—পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতা দূরীকরণার্থ সর্বপ্রকার উপায় নিফল হইলেও, পিটুইট্রিন ইন্জেক্সনে স্তূফল পাওয়া যায় বলিয়া Dr. C. D. Ambrose, M. D. মত প্রকাশ করিয়াছেন। ইনি লিখিয়াছেন যে, বহু সংখ্যক রোগীর দীর্ঘস্থায়ী পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতা কোন উপায়ে দূরীকরণ করিতে না পারিয়া, অবশেষে ১ সি, সি, মাত্রায় পিটুইট্রিন সাবকিউটেনিয়াস ইন্জেক্সন দিয়া সন্তোষজনক উপকার পাওয়া গিয়াছে। সপ্তাহে দুইবার করিয়া এইরূপে ৩ মাস পর্যন্ত পিটুইট্রিন ইন্জেক্সন করা এবং ইন্জেক্সনের পর সরলান্ত্রে উষ্ণ জলের এনিমা দেওয়া কর্তব্য।

(Penn M. Jour, March 1929, Cl. M. & S. Jan. 1930)

নিওস্যালভারসন ইন্জেক্সন জনিত উপসর্গে—ম্যাগ্নেসিয়াম সালফেট (Magnesium Sulphate in untoward sequelae due to Neosalvarsan Injection) :—Capt. Shyam Lal B.A. M. B. (Civil surgeon, Hardoi) লিখিয়াছেন যে, নিওস্যালভারসন ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেক্সনকালীন যদি ভুলক্রমে কিছুমাত্র ঔষধও শিরার বাহিরে—চতুষ্পার্শ্বস্থ টিসু মধ্যে পড়ে, তাহা হইলে তৎক্ষণাৎ রোগী ঐ স্থানে তীব্র যন্ত্রণা অনুভব করে। অনেক সময় ঐ স্থানে প্রদাহোৎপত্তি হইয়া ফোটক এবং ফোটকে পুঁজ ও শ্রাফ উৎপত্তি—এমন কি, গ্যাংগ্রিন পর্যন্ত হইতে দেখা গিয়াছে। এইরূপ উপসর্গ উপস্থিতির প্রতিকারার্থ যে সকল উপায় অবলম্বন করা হয়, তন্মধ্যে ম্যাগ্নেসিয়াম সালফেট প্রয়োগই সর্বোৎকৃষ্ট বিবেচিত হইয়াছে। নিওস্যালভারসন ইন্জেক্সনকালে রোগী ইন্জেক্সন স্থানে তীব্র যন্ত্রণা অনুভব করিলেই বৃষ্টিতে হইবে যে, নিওস্যালভারসন সলিউশন শিরার বাহিরে প্রক্ষিপ্ত

হইয়াছে। এরূপস্থলে তৎক্ষণাৎ ইঞ্জেকসন স্থগিত করিয়া, ম্যাগ্নেসিয়াম সালফেটের গাঢ় দ্রব (Saturated Solution of Magnesium Sulphate) একখণ্ড লিট ভিজাইয়া ঐ স্থানে প্রয়োগ করিতে হইবে এবং ঐ লিট বাহাতে সর্বদা ভিজা থাকে, তৎক্ষণাৎ মধ্যে মধ্যে ম্যাগ্নেসিয়াম সালফেটের দ্রব দ্বারা উহা ভিজাইয়া দিতে হইবে। এইরূপে ইঞ্জেকসন স্থানে ম্যাগ্নেসিয়াম সালফেটের গাঢ় দ্রব মিশ্র লিট প্রয়োগমাত্র আলায়সাদি নিবারিত হয় এবং পরিশেষে কোন স্থানিক উপসর্গ উপস্থিতির সম্ভাবনা থাকে না। বহু স্থানে ইহার যথার্থতা প্রমাণিত হইয়াছে।

Antiseptic, Dec. 1929

সাধারণ রক্তহীনতা (General anemia) :—জাৰ্ণাল অব আমেরিক্যান মেডিক্যাল এসোসিয়েশন পত্রে, সাধারণ রক্তহীনতায় নিম্নলিখিত চিকিৎসা প্রণালী অত্যন্ত সুফলদায়ক বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে। যথা :—

(১) কোলেষ্টেরোল (Cholesterol) : ইহা ০.২ গ্রাম মাত্রায়—৫ সি, সি, অলিভ অয়েলে দ্রব করতঃ হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য। প্রত্যহ একবার করিয়া ১০ সপ্তাহ ইহা প্রয়োগ করিলেই রোগী আরোগ্য হয়।

(২) ফেরিক সাইট্রেট ও লিভার সাবষ্ট্যান্স (Ferric Citrate with Liver Substance) :—রক্ত হীনতায় ইহাদের একত্র প্রয়োগ মহোপকারী।

(J. A. M. A. Med. Practitioner Feb. 1930)

ডিজিটেলিসের নিষিদ্ধ প্রয়োগ (Contraindication of Digitalis) :—নিম্নলিখিত স্থলে ডিজিটেলিস প্রয়োগ নিষিদ্ধ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে। যথা :—

(১) রক্তসঞ্চাপের (Blood pressure) আধিক্য বর্তমানে ;

- (২) শোথ অবর্তমানে মূত্রকারক রূপে ;
- (৩) সৌত্রিক হৃদপিণ্ডে (Fibrous heart) ;
- (৪) এন্ট্রিউরিক্স বর্তমানে ;
- (৫) এণ্ডো এবং পেরিকার্ডাইটিস বর্তমানে ;
- (৬) হৃদস্পন্দনাধিক্য (Palpitation) নয়নার্থ ;
- (৭) টেকিকার্ডিয়া ও গ্রেভস ডিজিজ (in tachycardia and Grave's disease) ;
- (৮) এওটিক রিগার্ডিটেনস অবস্থার (in aortic Regurgitation) ;

(Med. Pr. Jan. 1930)

একজিমা সোডিয়াম ব্রোমাইড Sodii. Bromide in Eczema) :—ডাক্তার

ভারটানজাজ নামক জনৈক জাৰ্মান চিকিৎসক লিখিয়াছেন যে, একজিমা রোগের চিকিৎসায় তিনি সোডিয়াম ব্রোমাইডের ১০%-২০% দ্রব শিরাপথে ইঞ্জেকসন দিয়া আশাতীত উপকার পাইয়াছেন। ১১টা তরুণ একজিমা রোগীকে এই চিকিৎসা করার প্রত্যেকটাই আরোগ্যলাভ করিয়াছিল। ২৫টা পুরাতন একজিমায় ইহা প্রয়োগে ১১টা সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়াছিল এবং ৪-৫ মাস মধ্যে কোনও পুনরাব্রমণের সংবাদ পাওয়া যায় নাই। আর্টিকেরিয়া বা আমবাত রোগেও ইহা প্রয়োগে সুফল পাওয়া গিয়াছে। ঈ-মার্কের প্রস্তুত সোডিয়াম ব্রোমাইডই এতদর্থ ব্যবহার করা নিরাপদ। সলিউশন টাটকা ও সম্পূর্ণরূপে বিশোধিত হওয়া উচিত।

(Vartanjaz, Russkij Vestnik dermatologii.

1929, Vol. 4. No. 8. P. 722.)

একজিমা ও তৎক্ষণাত চুলকাণিতে ট্রেনসিয়াম ব্রোমাইড :—জনৈক চিকিৎসক লিখিয়াছেন—“একজিমা এবং তৎক্ষণাত চুলকাণিতে ট্রেনসিয়াম ব্রোমাইডের ১০% দ্রব ২০%-৩০% ড্রেক্সট্রোস দ্রবের সহিত মিশ্রিত করতঃ ১০. সি, সি, মাত্রায়

শিরাপণে ইঞ্জেক্সন দিয়া আশাম্বরূপ উপকার পাওয়া গিয়াছে। সাধারণতঃ ৪—১৪টি ইঞ্জেক্সনেই রোগ সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইতে দেখা যায় এবং ইহা সোডিয়াম ও পটাশিয়াম ব্রোমাইডের দ্রব অপেক্ষা অনেক গুণে শ্রেষ্ঠ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে। এই চিকিৎসা অন্ত্যন্ত চর্ম রোগেও ফলপ্রসূ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে।

(M. A. R. I. 1919.)

দেশীয় ভেষজের উপকারিতা :—

প্রাচ্য ও পাশ্চাত্য চিকিৎসাবিজ্ঞানবিদ সুপ্রসিদ্ধ চিকিৎসক ডাঃ শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রকুমার দাশ M. B. M. C. P. & S. মহোদয় কয়েকটি দেশীয় ঔষধের বিষয় লিখিয়াছেন, নিয়ে ইহা প্রকাশিত হইল।

(১) মাতৃস্তন্য হ্রাসে—কল্মী শাক :—
মাতৃস্তন্য হ্রাস হইলে কল্মী শাক উৎকৃষ্ট ঔষধ। ইহার ভাজা, ঝোল ইত্যাদি প্রত্যহ খাইলে এবং কাঁচা শাকের রস ১ ষ্টিমুক পরিমাণ প্রত্যহ প্রাতে পান করিলে শীঘ্রই স্তনে প্রচুর তৃষ্ণ সঞ্চার হয়। স্তন তৃষ্ণ বৃদ্ধির ইহা একটি খুব ভাল ঔষধ।

(২) বোলতা, মোমাছি দংশনে কল্মী শাক :—বোলতা, মোমাছি ইত্যাদির দংশনস্থানে কল্মী-শাকের ডাঁটা ঘষিয়া দিলে অত্যন্ত সময় মধ্যে যন্ত্রণা নিবারিত হয়।

(৩) বসন্তের প্রতিষেধক :—

(ক) প্রতি বৎসর বসন্তের আক্রমণ নিবারণার্থ পুরুষেরা দক্ষিণ হস্তে ও স্ত্রীলোকেরা বাম হস্তে হরিতকীর (বড় হরিতকীই প্রশস্ত) বীজ সূতায় গাথিয়া ধারণ করিলে বসন্তের আক্রমণ হইতে রক্ষা পাওয়া যায়।

(খ) দেশে যতদিন বসন্তের আক্রমণ সম্ভাবনা থাকে, ততদিন কাঁচা উচ্ছে পাতার রস একতোলা, হরিদাচূর্ণ দুই আনা পরিমাণ একত্র প্রত্যহ প্রাতে সেবন করিলে, বসন্ত রোগে আক্রান্ত হইবার সম্ভাবনা থাকে না।

(৪) বসন্ত রোগে :—বসন্তের গুটী সম্পূর্ণরূপে প্রকাশ না পাইলে কাঁচা হলুদের রস, তেলাকুচা পাতার রস ও শতমূলীর রস, কিঞ্চিৎ মাখনের সহিত মিশ্রিত করতঃ গাত্রের মর্দন করিলে শীঘ্রই সমস্ত গুটীকা নির্গত হইয়া যায়।

ম্যালেরিয়া নিবারণের নূতন উপায় (Prevention of Malaria) :

মর্শিদাবাদ জিলা বোর্ডের হেলথ অফিসার ডাঃ শ্রীযুক্ত পৃথ্বীশচন্দ্র রায় ম্যালেরিয়া সম্বন্ধে এক নূতন তথ্য আবিষ্কার করিয়াছেন। বহরমপুরে এক জনসভায় তিনি তাঁহার গবেষণার বিষয় বিবৃত করেন।

ডাক্তার রায় বক্তৃতা প্রসঙ্গে বলেন যে, “ম্যালেরিয়া জীবাণুবাহী য়ানোফিলিস জাতীয় মশক ক্যালসিয়াম অর্থাৎ চূর্ণমিশ্রিত খাদ্য সান্তিশয় ভালবাসে। ‘টোপাপানায়’ প্রচুর পরিমাণে চূর্ণের সমাবেশ আছে। এই টোপাপানা বাবতীয় ম্যালেরিয়াহুষ্ট স্থানে খুব বেশী পরিমাণে জন্মিয়া থাকে। মশকসমূহের হলের দ্বারা সংগৃহীত টোপাপানার রস তাহাদের পাকস্থলীতে সঞ্চিত হয়। ঐ সমস্ত মশক মনুষ্যদেহে দংশন করিলে তাহাদের পাকস্থলীস্থিত ক্যালসিয়াম অক্সালেট মনুষ্য শরীরভ্যন্তরে সঞ্চারিত হইয়া ম্যালেরিয়া জীবাণু বিস্তারের সহায়তা করে। অতএব টোপাপানা যাহাতে সমূলে ধ্বংস করা যায়, এ সম্বন্ধে বিশেষ যত্নবান হওয়া কর্তব্য।

ভারতের চিকিৎসা-সনন্দ অগ্রাহ্য :—

বৃটিশ মেডিক্যাল জর্নাল পত্র ঘোষণা করিয়াছেন যে, “সাধারণ চিকিৎসা পরিষদের কার্যনির্বাহক সমিতি সিদ্ধান্ত করিয়াছেন যে, আপাততঃ কিছুদিন তাঁহারা ভারতীয় বিশ্ববিদ্যালয় প্রদত্ত চিকিৎসা-সংক্রান্ত সনন্দপত্র গ্রাহ্য করিবেন না। এই উপলক্ষে ইহা উল্লিখিত হইয়াছে যে, ইতঃপূর্বে কিছুদিন বিশেষ সন্তে উহা গ্রাহ্য করা হইয়াছিল, এক্ষণে সেই চুক্তির সময় সম্পূর্ণরূপে অতীত হইয়াছে। এই বিষয়ের বাদামুবাদে মূল বহুদূর প্রসারিত, তাহা

কেবল বর্তমান ঘটনায় নিবদ্ধ নহে। ইহার অনেকগুলি করে। তদ্ব্যতীত ভারতবর্ষের আচার-ব্যবহারও একটি কারণ বিচার করিয়া দেখিতে হইবে, তন্মধ্যে ভারতের কারণ, উহা ধাত্রীবিজ্ঞা শিক্ষার অন্তরায়। ভাষাগত গর্ভিত জাতীয় ভাব অত্যন্ত, এই জাতীয় ভাব বৃটিশের পার্থক্য ও সভ্যতার আদর্শের ভিন্নতাও অগ্রবিধ কারণ”।
শিক্ষা ও চরিত্রের উপর সর্বদা সন্দেহপূর্ণ চক্ষে দৃষ্টিপাত (British Medical Journal, 18th. March 1930)



মুখাভ্যন্তর প্রদাহ—Stomatitis.

লেখক—সার্জন এইচ, এন, চ্যাটার্জি B. Sc. M. D., D. P. H.

Late of His Majesty's Royal Naval H. T.

and Mercantile marine service—China,

Japan, Newyork, Durban etc.

(পূর্বপ্রকাশিত ২২শ বর্ষের (১৩৩৬ সাল) ১২শ সংখ্যার (চৈত্র) ৫৯০ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—○:(*):○—

এফ্থাস্—ফোমাটাইটিস্

Aphous-Stomatitis.

নামান্তর :—ফোমাটাইটিস্-হার্পেটিকা ; ভেসিকিউলার ফোমাটাইটিস্ ; ফলিকিউলার ফোমাটাইটিস্।

সামান্য শারীরিক ও যথেষ্টরূপে স্থানিক বিকার সংযুক্ত মুখ-গহ্বরের গ্নেয়িক ঝিল্লীর “ফলিকিউল” (Follicules) সমূহের বিবর্দ্ধন, পরে উহাদের বিদারণ ও তদনন্তর লোহিতবর্ণ সীমাবিশিষ্ট গোলাকৃতি ধূসরবর্ণ ক্ষত সংযুক্ত পীড়াকে—“এফ্থাস্ ফোমাটিস্” বা ‘ফোমাটাইটিস্ হার্পেটিকা’ বলে।

এই পীড়ায় মুখাভ্যন্তরে হাপিসের ত্রায় স্পষ্ট রসপূর্ণ গুটীকা প্রকাশ পায়। ইহা সামান্য ক্যাটারাল

ফোমাটাইটিস্ পীড়ারই পর্যায়ভুক্ত ; তবে ইহাতে মুখগহ্বরের সাব্‌ইপিথেলিয়াল টিস্যুসমূহের চতুর্দিকে লোহিত সীমাবিশিষ্ট ক্ষত প্রকাশ পায়।

কারণ :—এই পীড়ার সঠিক কারণ এখন পর্য্যন্তও নির্ণীত হয় নাই। অনেকে সন্দেহ করেন যে, মুখাভ্যন্তরস্থ গ্নেয়িক ঝিল্লিতে কোন জীবাণুর সংক্রমণ ও তজ্জনিত বিষাক্ততা হেতু এই পীড়া উৎপাদিত হয়। দেখা গিয়াছে যে, এই পীড়া প্রকাশ পাইবার সঙ্গে সঙ্গেই পাকাশয়ের বিকার দৃষ্ট হয়। শিশু ও বালকবালিকারা পাকাশয়ের বিকার বশতঃ এই পীড়ার দ্বারা আক্রান্ত হয়, ইহাই অনেক

প্রাচীন চিকিৎসকের অভিমত। শিশুদের মুখাভ্যন্তর নিয়মিত ভাবে পরিষ্কৃত না হইলেও, এই পীড়া হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। আবার কেহ কেহ বলেন যে, দৌর্য্য ও দস্তোদগম এ পীড়ার অন্ততম প্রধান কারণ। ডাঃ গার্স্টেন বার্কজার বলেন যে, দেহে 'বি' প্রণীত ভিটামিনের অভাব হইলে এই রোগ প্রকাশ পাইয়া থাকে।

লক্ষণাবলী :—সম্ভবতঃ অতি শিশু ছাড়া সকল বয়সেই এই পীড়া প্রকাশ পাইতে পারে। প্রথমতঃ ইহা ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র লোহিতাভবর্ণের গুটীকারূপে ওষ্ঠের ভিতরের দিকে, গালের ভিতরের দিকে ও ব্রিহ্মায়, প্রকাশ পাইয়া থাকে। মাড়ী ও তালুতেও কখন কখন ইহা প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। এই গুটীকাগুলি অত্যন্ত বেদনায়ুক্ত এবং রোগী পথ্যাদি গ্রহণে অক্ষম হয়। গুটীকাসমূহ একত্রে বা পৃথক পৃথক ভাবে থাকিতে পারে। শীঘ্রই এই গুটীকা সমূহ বিদীর্ণ হয় এবং তন্মধ্যে অনিয়মিত হরিদ্রাভ, খেত বা ধূসরাভ কৃত প্রকাশ পায়। এই কৃত বিলম্বে শুষ্ক হয়। ইহাতে প্রচুর পরিমাণে লাল নিঃসৃত হইতে থাকে। এই রোগ প্রায়ই ১ সপ্তাহ মধ্যেই আরোগ্য হইয়া যায়। মুখাভ্যন্তরে বেদনা বশতঃ শিশুরা স্তম্ভপান করিতে পারে না; রোগী বেদনার জন্ত চর্চন করিতে, কথা কহিতে বা গলাধঃকরণ করিতে পারে না। লাল-নিঃসরণাধিক্য জন্ত মুখমধ্য হইতে প্রচুর লাল নির্গত হইতে থাকে। অন্ন জর, অনিদ্রা, পরিপাক বিকার এবং উদরাময় ইত্যাদি লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে।

রোগনির্ণায় :—মুখ মধ্যস্থ গুটীকাসমূহ মনযোগ সহকারে পরীক্ষা করিলে, এই পীড়া নির্ণয় করিতে কোনও কষ্ট হয় না।

উপসর্গাদি :—এই পীড়াসহ ওষ্ঠ ও চর্ম্মের উপর হার্পিস্ এবং কতাদি প্রকাশ পাওয়া অসম্ভব নহে। ইহার সহিত নিউর্যায়েনিয়া বর্তমান থাকা সম্ভব।

ভাবীকস :—ওভকর। গর্ভবতী ও দুগ্ধদাত্রী মাতার এই পীড়া হইলে উহা কিছু দীর্ঘস্থায়ী হয়।

চিকিৎসা :—এই পীড়ার চিকিৎসায় বিভিন্ন চিকিৎসকের বিভিন্ন অভিমত দেখা যায়। তবে সকলেই স্বীকার করেন যে, স্থানিক ব্যবহার জন্ত আর্জেন্টাই নাইট্রাস উৎকৃষ্ট ঔষধ। গুটীকা বা ক্ষতপরি সোজাগুলি ভাবে আর্জেন্টাই নাইট্রাস এর টিক্ (বাতি) লইয়া স্পর্শ করাইয়া দিলে অতি সুন্দর ফল পাওয়া যায়।

অনেকে মুখখোঁতাধিক্যে কোনও ঔষধ বা পটাশ ক্লোরাস্ ব্যবহার অনুমোদন করেন না। কিন্তু পটাশ ক্লোরাস্ জলে দ্রব করতঃ তদ্বারা কুলি করিলে সুন্দর ফল পাওয়া যায়।

পথ্যাদি :—পথ্যাদি পুষ্টিকর হওয়া দরকার। এতদ্ব্যতীত অনেকে হরলিক্স মলটেড্ মিক্সের যথেষ্ট প্রাশংসা করেন। কারণ, ইহাতে প্রচুর পরিমাণে ভিটামিন ও ক্যালশিয়াম্ বর্তমান থাকায় সম্ভব দেহের পুষ্টি সাধিত হইয়া থাকে। ইহা এরূপ প্রক্রিয়ায় প্রস্তুত যে, সকল প্রকার পাক্যায়েই ইহা অতি সহজে জীর্ণ হয়। বিলাতী বেগুন, ককলালেবু, ইত্যাদি ভিটামিন পূর্ণ ফলাদির রস প্রত্যহ ২।১ আউন্স পান করিলে সমূহ উপকার হয়। পথ্যের প্রতি তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখা কর্তব্য।

রোগীর বয়স অনুযায়ী পটাশ ক্লোরাস্ ১—৩ গ্রেন মাত্রায় ৩;৪ ঘণ্টান্তর সেবন করিলে উপকার হয়।

এতদ্ব্যতীত—

Re.

পটাশ ক্লোরাস্	... ১—২ গ্রেন।
এসিড্ হাইড্রোক্লোরিক ডিল্	... ১ মিনিম্।
মিসারিং	... ৫ মিনিম্।
একোয়া	... ১ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। শিশু রোগীকে— ৪ ঘণ্টান্তর প্রয়োজ্য।

স্থানিক প্রয়োগার্থ, গ্লাইকোথাইমোলিন্, লিষ্টারিন্ প্রভৃতি ঔষধ ২ চামচ লইয়া, এক গ্লাস শীতল জলে মিশাইয়া তদ্বারা কুলি করিলে এবং ঐ সকল ঔষধ অমিশ্রিত অবস্থায় তুলি দ্বারা স্থানিক লাগাইলে সমূহ উপকার হয়।

Re.

পটাশ ক্রোয়াস্ ... ১০ গ্রেণ।

একোয়া ... ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ কুল্লিরূপে অথবা তুলিধারা আক্রান্ত স্থানে লাগাইলে উপকার হয়।

যন্ত্রণা অধিক হইলে নিয়লিখিত ব্যবস্থা দ্বারা বেশ উপকার পাওয়া যায়। যথা :—

Re.

সোডা বাইকার্স ... ৫ গ্রেণ।

মিউসিলেজ্ ... ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ তুলিধারা আক্রান্ত স্থানে লাগাইলে সুন্দর ফল হয়।

কষ্টিক ২০ গ্রেণ ও পরিস্কৃত জল ১ আউন্স, একত্রে মিশাইয়া আক্রান্তস্থানে লাগাইলে খুব ভাল ফল পাওয়া যায়।

থ্রাশ—Thrush.

মুখগহ্বরে বেদনা, পরিপাক শক্তির বিকার, উদরাময় প্রভৃতি লক্ষণ সহবর্তী মুখাভ্যন্তরস্থ ইপিথেলিয়াম্ টীভতে ‘ওডিয়াম্ এলবিকান্স’ (*Oidium albicans*) এবং “সাকারোমাইসেস্ এলবিকান্স্ বাক্কানিস্” (*Saccharomyces albicans baccanis*) নামক পরাঙ্গপুষ্ট উদ্ভিদ জীবাণুর সংক্রমণজনিত মুখাভ্যন্তরস্থ শ্লেষ্মিক ঝিল্লীর প্রদাহকে থ্রাশ বা মিউগেট্ (*Thrush or Muguet*) বলে। ইহার অপর নাম “এপথি (*Aphothæ*)”।

কারণ :—ইহাও একপ্রকার স্টোমাটাইটিস্ রোগ। পরাঙ্গপুষ্ট জীবাণুই ইহার অন্ততম উৎপাদক কারণ। এই পীড়া সাধারণতঃ শিশুদের মধ্যেই দেখা যায় ; তবে দুর্বল পূর্ণবয়স্ক ব্যক্তিরাও ইহার আক্রমণকে ব্যর্থ করিতে পারে না।

“ওডিয়াম্ এলবিকান্স্” এবং “সাকারোমাইসেস্ এলবিকান্স্ বাক্কানিস্” নামক পরাঙ্গপুষ্ট উদ্ভিদ জীবাণুই এই পীড়ার প্রধান কারণ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে।

ভাজার ক্যাণ্টোলানির মতে আরও বিবিধ জীবাণু ইহার উদ্ভীপক কারণ বলিয়া বিবেচিত হয়। দূষিত অনুলি, মাইয়ের বাট্, তৈজসপত্র ইত্যাদির দ্বারা এই পীড়া দেহ হইতে দেহান্তরে সংক্রমিত হইয়া থাকে। এই পীড়া শিশুদের মধ্যে সংক্রামক ও ব্যাপকরূপে প্রকাশ পাইতে দেখা যায়।

মুখমধ্যস্থ ইপিথেলিয়াম্ ও ইপিথেলিয়ামের স্তর সকলের মধ্যে রোগোৎপাদক জীবাণুসমূহ পরিবর্তিত হয়। শ্লেষ্মিক ঝিল্লীর ক্যাটারাল্ অবস্থা বর্তমান থাকিলে, মুখ নিঃসৃত রস অথবা অল্পধর্মী হইলে এবং সার্কাস্টিক দোর্সল্য বর্তমান থাকিলে, এই সকল জীবাণুর বংশ বিস্তারের সহায়তা হয়। পরিকার পরিচ্ছন্নতার অভাব এই পীড়ার উৎপত্তির একটা অন্ততম প্রধান কারণ। দুই বৎসর বয়সের পর এ রোগ প্রায়ই প্রকাশ পাইতে দেখা যায় না।

লক্ষণাবলী :—এই পীড়া প্রথমতঃ সাধারণ স্টোমাটাইটিসের লক্ষণসহ প্রকাশ পাইয়া থাকে। প্রথমে মুখাভ্যন্তরের শ্লেষ্মিক ঝিল্লীর বিভিন্ন স্থান কৃষ্ণাভ লোহিত বর্ণ ধারণ করে, উহাদের উপর খেঁতাভ বিন্দু সকল প্রকাশ পায় ; পরে উহারা একত্রীভূত হইয়া বিস্তৃত স্থান অধিকার করে ; উহারা কোমল, দেখিতে জমাট দুগ্ধ খণ্ডের স্থায়। সচরাচর উহারা ওষ্ঠের ভিতরের দিকে—ওষ্ঠাধরের কোণে প্রথমে প্রকাশিত হইয়া, পরে মুখাভ্যন্তরে সত্তর বিস্তৃত হয়। স্তম্ভপান, চর্কন ও গলাধঃকরণ কালে রোগী বেদনামুভব করে। মুখাভ্যন্তরের অগ্নাত প্রাদাহিক পীড়া অপেক্ষা ইহাতে লালাস্রাব কম হয়। পীড়ার উৎপাদক পরাঙ্গপুষ্ট জীবাণুসমূহ ক্রমশঃ টনসিল্ ও ফেরিংস্ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। এমন কি, পরে ইসোফেগাস্ ও পাকায়ণ পর্য্যন্তও আক্রমণ করিতে পারে।

রোগ-শির্ণ :—আত্মবীক্ষণ যত্ন সাহায্যে মুখমধ্যস্থ প্যাচের কিয়দংশ সংগ্রহ করতঃ পরীক্ষা করিলে, তন্মধ্যে “ওডিয়াম্ এলবিকান্স্” নামক পরাঙ্গপুষ্ট জীবাণু দেখিতে পাওয়া যায়। এই রোগ বিবিধ পীড়ার আত্মবীক্ষিক উপসর্গ রূপেও প্রকাশ পাইয়া থাকে। দুর্বল, রিকেটী এবং

নোংরা বালকবালিকা৷ সহজেই এই পীড়ার দ্বারা আক্রান্ত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা ১:—এই পীড়ার চিকিৎসা দুইভাগে বিভক্ত করা যায়। যথা :—

(১) প্রতিরোধক চিকিৎসা ;

(২) আরোগ্যকারক চিকিৎসা ;

(১) **প্রতিরোধক চিকিৎসা ১:**—এই পীড়ার প্রতিরোধার্থ শিশুদের মুখাভ্যন্তর সর্বদা পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন রাখা এবং তাহাদের ব্যবহার্য্য বাসন ইত্যাদি পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন অবস্থায় ব্যবহার করা কর্তব্য।

শিশুকে যদি মাইপোষ (ফিডিং বোতল) সাহায্যে দুগ্ধপান করান হয় তাহা হইলে প্রতিবার দুগ্ধপান করাইবার অব্যবহিত পূর্বে ও পরেই মাইপোষ এবং উহার রবারের বাঁট (Nipples) উত্তমরূপে জলে সিক্ত করিয়া লওয়া একান্ত কর্তব্য। ইহাতে ফিডিং বোতল ও উহার রবারের বাঁট বিশোধিত থাকে। স্তন্যপায়ী শিশুকে প্রতিবার স্তন্য দান করিবার পূর্বে, স্তনের বাঁট বোরিক লোশন্ দ্বারা ধুইয়া পরে স্ফুটীত জল দ্বারা ধুইয়া ফেলা কর্তব্য। যাহারা এই পীড়ার দ্বারা আক্রান্ত হইয়াছে, তাহাদিগকে অনাক্রান্ত শিশুদের নিকট হইতে সম্পূর্ণরূপে পৃথক রাখা উচিত। এই সকল নিয়ম প্রতিপালন করিলে শিশুদের এই রোগ হইবার সম্ভাবনা থাকে না। পীড়া হইবার পর চিকিৎসার দ্বারা তাহা নিরাময় করা অপেক্ষা পীড়া বাহাতে না হইতে পারে, তাহার ব্যবস্থা করাই সর্বতোভাবে কর্তব্য।

(২) **আরোগ্যকারী চিকিৎসা ১:**—

আরোগ্যকারী চিকিৎসার মধ্যে বোরিক এসিড্ ব্যবহারই সর্বোৎকৃষ্ট। ইহা এন্টিসেপ্টিক (জীবাণুনাশক) ও রোগ বিয়নাশক। প্রতিবার দুগ্ধাদি পান করাইবার পর শিশুর মুখাভ্যন্তরে তুলি দ্বারা বোরিক এসিডের চূড়ান্ত দ্রব (saturated solution of Boric acid) লাগাইয়া দেওয়া কর্তব্য। অতি দুর্দম্য প্রকৃতির পীড়ায় ফরমালিনের

১% পারসেন্ট জলীয় দ্রব লাগাইয়া দিলে সুন্দর ফল পাওয়া যায়। যদি ইসোফেগাস পর্যন্ত পীড়া বিস্তৃত হইয়া থাকে, তাহা হইলে রোগীকে রবারের নল (ষ্টমাক টিউব, দ্বারা পথ্যাদি দেওয়ার আবশ্যক হয়। এরূপস্থলে ঐ রবারের নল বোরিক এসিডের চূড়ান্ত দ্রবে ধোত করতঃ, মুখপথে প্রবেশ করাইয়া, তৎসাহায্যে পথ্যাদি প্রয়োগ করা কর্তব্য। ইহাতে ইসোফেগাসের ক্ষতের উপশম হইবে। কেহ কেহ অতি সূক্ষ্ম (ভগ্নাংশিক) মাত্রায় (১/১৬—১/৮ গ্রেণ মাত্রায়) ক্যালোমেল সেবনের উপদেশ দেন। কোন কোনও রোগীতে ইহার দ্বারা ভাল ফল পাওয়া যায়, আবার কোন কোনও রোগীতে আদৌ কোনও উপকার পাওয়া যায় না। অনেক সময় রোগীকে, চামচ, খিলুক বা তুলসীর সাহায্যে পথ্যাদি দিবার আবশ্যক হইয়া থাকে, কোন কোন স্থলে মুখের ক্ষতের জন্ত রোগী কোনওরূপ পথ্যই গ্রহণ করিতে পারে না।

ভাবীফল ১:—সাধারণ রোগীর ভাবীফল মোটের উপর নিতান্ত মন্দ নহে। প্রথম হইতে চিকিৎসা করিতে পারিলে এবং রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্য অক্ষুণ্ণ থাকিলে, অধিকাংশ রোগীই সহজে আরোগ্যলাভ করে। কিন্তু দুর্দল শিশুদের এই পীড়া হইলে অথবা এই পরাক্রমপূর্ণ জীবানুসমূহ দেহের অগ্র অংশে—বিশেষতঃ, ইসোফেগাসে বিস্তৃত হইলে, পীড়া কঠিন আকার ধারণ করে এবং এরূপস্থলে রোগীর মৃত্যু হওয়াও নিতান্ত আশ্চর্য্য নহে।

আল্‌সারেটিভ ষ্টোমাটাইটিস্

Ulcerative Stomatitis

ইহা মুখাভ্যন্তরের এক প্রকার ক্ষতযুক্ত প্রদাহ। দন্ত-বিশিষ্ট ব্যক্তিগণের মধ্যেই এই পীড়া দেখিতে পাওয়া যায় অর্থাৎ যাহাদের দস্তোদালম হয় নাই বা যাহাদের সমস্ত দাঁত পড়িয়া গিয়াছে, যথা—অতি শিশু এবং অতিবৃদ্ধ দন্ত-হীনগণের মধ্যে এই পীড়ার বলাই নাই। এই পীড়ায় প্রথমতঃ মাজীর সীমান্তদেশে ক্ষত প্রকাশ পায় এবং

অতঃপর ঐ ক্ষত ক্রমশঃ অগ্নাত্ত নিকটবর্তী অংশসমূহে বিস্তৃত হইয়া পড়ে।

কারণঃ—বাহাদের মুখাভ্যন্তর অত্যন্ত নোংরা, অপরিষ্কার এবং পাইওরিয়া ও বাহাদের দন্ত-ক্ষয় (কেরিজ্) রোগ আছে কিম্বা বাহারা দন্তের যত্ন সম্বন্ধে

একবারেই উদাসীন, তাহাদের মধ্যেই এই দূষিত পীড়ার প্রাবল্য সর্বাধিক। উপযুক্ত পথ্যাদির অভাব জনিত দুর্বল শিশু, আজন্ম দুর্বল এবং বাহারা অত্যধিক পরিশ্রম করে, তাহাদের মধ্যেও এই পীড়া দেখা যায়। (ক্রমশঃ)

সিফিলিস—Syphilis.

উপদংশ

লেখক—ডাঃ এ, কে, এম, আব্দুল ওহাহেদ B. Sc. M. B.

হাউস সার্জন্স—প্রেসিডেন্সি জেনারেল হস্পিটাল
কলিকাতা।

(পূর্বে প্রকাশিত ২২শ বর্ষের (১৩৩৬) ১২শ সংখ্যার (চৈত্র) ৬০৩ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—:~:—

সাধারণ ভাবে রোগ নির্ণয়ঃ—

প্রাইমারী সোরস (Primary Sores—প্রাথমিক ক্ষত) সিফিলিসের প্রাইমারী স্টেজের একমাত্র অগ্নাত্ত লক্ষণ। এই ক্ষতের সঙ্গে বিভিন্ন প্রকারের ক্ষতের গোলমাল হইতে পারে; সিফিলিসের ক্ষতের সহিত অগ্নাত্ত কারণে উৎপন্ন ক্ষতের ভ্রম হওয়া বিচিত্র নহে। সিফিলিসের ক্ষতে অগ্নাত্ত প্রকার রোগজীবাণু অধিষ্ঠিত হইলে, উহার প্রকৃতিগত বিশিষ্টতা অস্পষ্ট হইয়া যায়। আবার প্রাইমারী সোর অনেক সময়ে অস্পষ্ট অথবা স্বল্পস্থায়ী হইতে পারে। এই সমুদয় কারণের নিমিত্ত শুধু লক্ষণ-সমূহের উপর নির্ভর করিয়া রোগের প্রকৃতি নির্ণয় করা চলে না। অবশ্য রোগ-লক্ষণসমূহ দ্বারা রোগ হয়ত সিফিলিস, এরূপ সন্দেহ মনে উদ্ভিত হইতে পারে; কিন্তু শুধু সন্দেহের উপর নির্ভর করিয়া চিকিৎসার অগ্রদূত করা বুদ্ধিমানের কার্য নহে। পরীক্ষাধীন ক্ষত যে, হার্ডজাকার; ইহা প্রমাণ করিবার নিমিত্ত উক্ত ক্ষত অথবা উহার সরিষিত বদ্ধিতায়তন

গ্রহি হইতে সিরাম লইয়া উহা পরীক্ষা করিলে, যদি উহাতে স্পাইরোকীট প্যালিডা (Spirochaete Pallida) দেখিতে পাওয়া যায়, তবে উহা যে প্রাইমারী সোর, তাহাতে আর তিলমাত্র সন্দেহ থাকে না। প্রথমবার পরীক্ষায় স্পাইরোকীট প্যালিডা দেখিতে না পাইলে, আরও তিন চারিবার পরীক্ষা করা উচিত। যত্নসহকারে ও সুশৃঙ্খলতার সহিত পরীক্ষা করিলে, প্রাইমারী সোর যেদিন প্রথম প্রকাশ পাইবে, সেই দিনই ইহার স্বরূপ নির্ণয় করা সম্ভব এবং সহজ হয়। প্রাইমারী সিফিলিসের সোর বখন প্রথম আবির্ভূত হয়, তখন উহাতে অসংখ্য স্পাইরোকীট প্যালিডা বিद्यমান থাকে; সুতরাং এই সময়ে ক্ষতস্থ বা ক্ষত সরিষিকটবর্তী বদ্ধিত গ্রন্থির সিরাম পরীক্ষা করিলে, উহার সহজেই দৃষ্টগোচর হইয়া থাকে। এইরূপে স্পাইরোকীট প্যালিডার বিद्यমানতা দেখিতে পাওয়া অপেক্ষা, ক্ষতের প্রকৃতি সম্বন্ধে আর কোন দৃঢ়তর প্রমাণ পাওয়া যাইতে পারে না। অধুনা

এইরূপ পরীক্ষার সুবিধা হইবে, প্রাইমারী সোরকে দৃঢ় হইতে দেওয়া - হার্ডভাকারে পরিণত হইতে দেওয়া অথবা সেকেন্ডারী ইন্সপশন দেখিয়া রোগ নির্ণয় করিবার নিমিত্ত অপেক্ষা করা, বিশেষ অত্যাশঙ্ক্য। কারণ, এইরূপ বিলম্ব হেতু স্পাইরোকীট প্যালিডা প্রতিমূহুর্তে দেহের গভীরতর টীণ্ডর মধ্যে প্রবেশ করিতে থাকে এবং টীণ্ড ও উহাদিগকে উত্তমরূপে পরিবেষ্টিত করিবার চেষ্টা করে; সুতরাং এরূপ স্থলে চিকিৎসার যতই বিলম্ব হইবে, স্পাইরোকীট প্যালিডা ততই দৃঢ় বেঠনীর মধ্যে নির্বিঘ্নে আশ্রয় লাভ করিয়া বসবাস করিতে এবং দেহের উপর অনিষ্টকর ক্রিয়া প্রকাশ করিতে থাকে।

প্রাইমারী সোর (প্রাথমিক ক্ষত) আবির্ভূত হইবার দুই সপ্তাহ পরে, রোগীর রক্তের সিরাম লইয়া ভ্যাসারম্যান (Wassermann) ও ফ্লুকউলেশান (Flocculation) টেস্ট করিলে, শতকরা ৫০ জন রোগীতে পজিটিভ (Positive) হয়। সুতরাং ক্ষত প্রকাশ হইবার অব্যবহিত পরে রোগীর রক্ত ভ্যাসারম্যান পরীক্ষা করিলে, উহার ফল নেগেটিভ (Negative) হইবার সম্ভাবনা; কিন্তু আরও কিছুদিন বিলম্ব করিয়া পুনরায় উক্ত পরীক্ষা সম্পন্ন করিলে, হয়ত উহার ফল পজিটিভ হইতে পারে। প্রাইমারী সোর প্রকাশ পাইবার একমাস পরে, সাধারণতঃ অধিকাংশ স্থলেই ভ্যাসারম্যান রিয়াকশান পজিটিভ হয়; আড়াই মাস পরেও সিফিলিসে আক্রান্ত প্রত্যেক রোগীতেই উহা পজিটিভ হইয়া থাকে। সুতরাং সিফিলিসের প্রাইমারী স্টেজের সূত্রপাত কালে, প্রাইমারী সোরের সিরামে স্পাইরোকীট প্যালিডা দেখিবার চেষ্টা করা অত্যাশঙ্ক্য। এই সময়ে নিশ্চিতভাবে রোগ নির্ণয় ইহাই একমাত্র অবলম্বনীয়। কারণ, এই সময়ে ভ্যাসারম্যান রিয়াকশান যদি পজিটিভ হয়, তবে উহা বিশ্বাসযোগ্য কিন্তু নেগেটিভ হইলেও রোগীর সিফিলিস হয় নাই, এরূপ বলা চলে না। আরও কিছুদিন পরে পুনরায় ভ্যাসারম্যান টেস্ট সম্পন্ন করা কর্তব্য।

সেকেন্ডারী সিফিলিস

(Secondary Syphilis)

সিফিলিসের প্রাইমারী স্টেজের (Primary Stage—প্রাথমিক অবস্থা) পরবর্তী কালকে—সেকেন্ডারী স্টেজ (Secondary Stage) বলে। এই সময়ে রোগ যে সার্ভাস্ট্রিক বিধানে পরিব্যাপ্ত হইয়াছে, সর্ভাস্ট্রিক বিভিন্ন প্রকারের চিহ্ন দ্বারা তাহা প্রকাশিত হয়। চর্ম্মে বা অন্ত্র সিফিলিসের চিহ্ন আবির্ভূত হইবার সময় হইতেই, সেকেন্ডারী স্টেজের প্রারম্ভ অবস্থা বলিয়া গণনা করা হয়। কিন্তু ইহার বহু পূর্বেই—এমন কি, প্রাইমারী সোরের আবির্ভাবের পর হইতেই, স্পাইরোকীট প্যালিডা দেহের সর্বত্র সঞ্চারিত হইয়া থাকে। কিন্তু এই সময়ে কোন সর্ভাস্ট্রিকপ্রসারী চিহ্ন প্রকাশ পায় না। যখন হইতে সর্ভাস্ট্রিকবিস্তারী চিহ্ন সমূহ প্রকাশ পায়, সেই সময় হইতেই সেকেন্ডারী স্টেজের সূত্রপাত হয়। সেকেন্ডারী স্টেজে চর্ম্ম, কেশ, নখ, শ্লেষ্মিক ঝিল্লী, চক্ষু, কর্ণ, মাংসপেশী, অস্থিসন্ধি অস্থি এবং দেহের অভ্যন্তরস্থ কোন কোন বস্তু ও কেন্দ্রীয় স্নায়ুমণ্ডলীতে (Central nervous system) সিফিলিসের নিমিত্ত পরিবর্তন ঘটতে, বিভিন্ন প্রকারের রোগ-চিহ্ন প্রকাশ পায়। অবশ্য একই রোগীতে দেহের এই সমস্ত বিভিন্ন অংশ আক্রান্ত হইবে, এরূপ সম্ভবপর নহে। সেকেন্ডারী স্টেজের প্রারম্ভেই চর্ম্ম ও শ্লেষ্মিক ঝিল্লীতে রোগ-চিহ্ন সমূহ আবির্ভূত হইয়া থাকে এবং অল্প কালের মধ্যেই (কোন কোন স্থলে এক বা দুই বৎসরের মধ্যে) দেহের অন্ত্র অংশে রোগলক্ষণ পরিস্ফুট হইতে পারে। এইজন্য এই সময়ে আবির্ভূত চিহ্ন সমূহকে আর্লি সেকেন্ডারিস (Early secondaries) বা “সিফিলিসের সেকেন্ডারী স্টেজের প্রারম্ভে আবির্ভূত লক্ষণ সমূহ” বলিয়া অভিহিত করা হয়। সেকেন্ডারী স্টেজের এই প্রাথমিক চিহ্ন সমূহ উৎপন্ন এবং বিলীন হইবার বহুপরে (অনেক সময় কয়েক বৎসর পরে) চর্ম্ম আবার কতকগুলি বিভিন্ন প্রকারের চিহ্ন প্রকাশ পাইয়া থাকে; সেই গুলিকে

“সিফিলিসের” সেকেন্ডারী স্টেজের বিলম্বে আবির্ভূত চিহ্ন সমূহ” (Late secondaries—লেট সেকেন্ডারিস) বলিয়া অভিহিত করা হয়। “লেট সেকেন্ডারিস” প্রত্যেক রোগীতে পরিদৃষ্ট হয় না। এইরূপ বিলম্বে প্রকাশিত চিহ্ন সমূহ “গাম্মানু” নামক কতিপয় বিশিষ্ট বলিয়া, অনেকে এইগুলিকে টার্শিয়ারী স্টেজের অন্তর্ভুক্ত চিহ্ন বলিয়া মনে করিয়া থাকেন; বোধ হয় এই মত ভ্রমাত্মক নহে।

কোন সময়ে সেকেন্ডারী স্টেজ সমাপ্ত ও টার্শিয়ারী স্টেজের আরম্ভ হয়, তাহা স্থির করা অনেক সময় দুষ্কর হয়। কারণ, অনেক সময়ে সেকেন্ডারী স্টেজের প্রারম্ভের দিকেই হয়ত দেহের কোন না কোন স্থলে টার্শিয়ারী স্টেজের দুই একটি চিহ্ন প্রকাশ পাইতে পারে। এরূপস্থলে সেকেন্ডারী স্টেজ ও টার্শিয়ারী স্টেজ, উভয়েই একই সময়ে চলিতে থাকে। সাধারণতঃ সেকেন্ডারী স্টেজের লক্ষণ সমূহ বিলীন হইবার কিছু পরে, টার্শিয়ারী স্টেজের চিহ্ন সমূহ প্রকাশ পায়।

সেকেন্ডারী স্টেজের প্রারম্ভ কালীন

চিহ্ন সমূহ

EARLY SECONDARIES

পূর্বেই বলা হইয়াছে যে, সেকেন্ডারী স্টেজের প্রারম্ভেই চর্ম, লিম্ফগ্রন্থি ও গ্লেণ্ডিক বিস্তীর্ণ রোগ-চিহ্ন সমূহ আবির্ভূত হইয়া থাকে। ইহাদের বিষয় আলোচনা করা যাইতেছে।

লিম্ফগ্রন্থি সমূহ (Lymph glands):—

প্রাইমারী স্টেজে, ক্ষতের (সোরের অবস্থান ভেদে দেহের বিভিন্ন স্থানে, ক্ষতের সন্নিহিত স্থলের লিম্ফগ্রন্থি সমূহ যে, বৃদ্ধিতায়তন হইয়া থাকে, তাহা পূর্বেই উল্লিখিত হইয়াছে। প্রাইমারী সোর আবির্ভূত হইবার প্রায় তিন সপ্তাহ কাল পরে দেহের সর্বত্র গ্রন্থিসমূহ কিছু কিছু বৃদ্ধিতায়তন হইয়া থাকে। অনেকে ইহাকে সিফিলিসের প্রাইমারী স্টেজের অন্তর্ভুক্ত মনে করিয়া থাকেন; কিন্তু বাস্তবিক পক্ষে, ইহা সেকেন্ডারী স্টেজের সর্বপ্রথম লক্ষণ

বলিয়া গণ্য করা উচিত। প্রাইমারী সোরের সন্নিহিত গ্রন্থিসমূহ যতদূর বৃদ্ধিতায়তন হয়, দেহের অন্ত্র গ্রন্থিসমূহ ততদূর বড় না হইলেও, সাধারণাবস্থা হইতে কিঞ্চিৎ বড় হইয়া থাকে। এই সমস্ত গ্রন্থিও মস্তক, বেদনাহীন, দৃঢ় ও স্থিতিস্থাপক এবং চর্মতলে সহজে স্পর্শগণ্য হইয়া থাকে।

দেহের সাধারণ অবস্থা (General Conditions):—

এই সময়ে দেহে অল্প কোন লক্ষণ প্রকাশ পাইবার পূর্বে হস্তপদে বেদনা, সামান্য জ্বর এবং অত্যন্ত মাপার বর্ণনা প্রকাশ পাইতে পারে। দেহের অন্ত্র সাধারণ ভাবে ইরাপ্সন নির্গত হইবার পূর্বে প্রায়ই সফ্ট প্যালাটে লোহিতাভা পরিদৃষ্ট হইয়া থাকে।

চর্ম (Skin):—

স্পাইরোকীট প্যালিডা দেহে প্রবেশ লাভ করিবার পর ছয় হইতে দশ সপ্তাহের মধ্যে, দেহের সর্বত্র চর্মে ইরাপ্সন বাহির হইতে পারে; কদাচ ইরাপ্সন নির্গমনে আরও অধিক বিলম্ব ঘটিতে পারে।

ইরাপ্সনের বিশিষ্টতা:—সিফিলিসের সেকেন্ডারী স্টেজে যে সমস্ত ইরাপ্সন নির্গত হয়, তাহাদের নিম্নলিখিত কতকগুলি বিশিষ্টতা পরিদৃষ্ট হইয়া থাকে। যথা—

(১) ইরাপ্সন হঠাৎ আবির্ভূত হয় এবং ধীরে ধীরে বৃদ্ধি পাইতে থাকে। ইহার বর্ণ তাম্রবর্ণ বিশিষ্ট দেখায়।

(২) ইরাপ্সনের তলদেশ ও কিনারা দৃঢ় হইয়া থাকে। কয়েক প্রকার ইরাপ্সনের তলদেশ ও কিনারা দৃঢ় হয় না।

(৩) ইরাপ্সন প্রথমে হস্তপদের ফ্লেক্সর সাফেস (flexor surface) বা পরস্পর সংস্পর্শী তলদ্বয়ে (যথা, পায়ের পশ্চাত্তাগে এবং হস্তের সম্মুখ ভাগে) আবির্ভূত হইয়া, পরে দ্রুতগতিতে দেহের সর্বত্র বিস্তৃত হয়। ইরাপ্সন দেহের উভয় পার্শ্বে সমভাবেই বিস্তার লাভ করে (Symmetrical)।

(৪) ইরাপ্সনগুলি গোলাকার হইয়া আবির্ভূত হইয়া থাকে এবং পরস্পর হইতে বিচ্ছিন্ন ভাবে অবস্থিত থাকে। স্থান বিশেষে সম্মিলিত ইরাপ্সন সম্মিলিত হইতে পারে।

(৫) একই সময়ে চর্মে বিভিন্ন প্রকারের ইরাপ্সন একই সঙ্গে বিস্তারিত থাকিতে পারে। বিভিন্ন প্রকারের ইরাপ্সন একই সময়ে বিস্তারিত থাকিলে উহা যে, কোন বিশিষ্ট প্রকারের চর্মরোগ নহে, ইহা সহজে বুঝা যায়। চর্মে একই সময়ে বিভিন্ন প্রকারের ইরাপ্সন আবির্ভূত হওয়া সিকিলিসের বিশিষ্টতা।

(৬) সেকেশ্বরী টেজে অধিকাংশ ইরাপ্সনে স্পাইরোক্কি প্যাণ্ডিডা বিস্তারিত থাকে।

(৭) রোগীর চর্মে যে সময়ে ইরাপ্সন নির্গত হয়, সেই সময়ে তাহার দেহে সিকিলিসের অন্তান্ত চিহ্ন বিস্তারিত থাকিতে পারে। রোগীর রক্তের সিরাম লইয়া ভ্যাসারম্যান রিয়াকশান পরীক্ষা করিলে উহা পজিটিভ হয়।

(৮) সিকিলিসের সেকেশ্বরী টেজে চর্মে বহু জাতীয় ইরাপ্সন নির্গত হয় ও উহার বহু চর্মরোগের সদৃশ হইয়া থাকে এবং উহাদের নামানুসারে এই সমস্ত ইরাপ্সনের নামকরণও হইয়া থাকে। এই সমস্ত কারণে সিকিলিসের চর্ম-চিহ্নগুলির বর্ণনা অপেক্ষাকৃত জটিল বোধ হয় এবং উহা আয়ত্ত করাও একটু দুরূহ হইয়া দাঁড়ায়। সেই জন্য প্রথমে নিম্নলিখিত কতকগুলি কথা স্মরণ করিয়া রাখিলে, সিকিলিসের চর্মচিহ্ন সমূহ জটিলতম করা অপেক্ষাকৃত সহজ হইতে পারে।

ইরাপ্সনের প্রকারভেদ :—সেকেশ্বরী টেজে চর্মে প্রধানতঃ চারি প্রকার ইরাপ্সন পরিদৃষ্ট হয়। যথা—

(১) স্থল বিশেষে, চর্মে স্বাভাবিক স্থানের কেবল মাত্র বর্ণ পরিবর্তিত হইয়া ইরাপ্সনের বা দাগের উৎপত্তি হয়। এই দাগ গোলাপী অথবা তাম্রবর্ণের হইয়া থাকে। ইহাকে রোজিওলা (Rosiola) বলা হয়।

(২) চর্মে গোলাকার দানার স্থায় নির্গত হয়; ইহাকে প্যাপিউল (Papule) বলে।

(৩) পৃষ্ঠে পরিপূর্ণ দানার স্থায় ইরাপ্সন নির্গত হয়; ইহাকে পাশ্টিউল (Pustule) বলে।

(৪) আইসের স্থায় ইরাপ্সন। চর্মে প্রথমে পাশ্টিউলের স্থায় ইরাপ্সন আবির্ভূত হইয়া, পরে তদুপরি আইসের সৃষ্টি হইতে থাকে। ইহাকে একথিমা (Ecthyma) বলা হয়। তাম্র বর্ণের দাগ বা রোজিওলা (Rosiola); গোলাকার দানা বা প্যাপিউল (Papule); পৃষ্ঠে পরিপূর্ণ দানা বা পাশ্টিউল (Pustule) এবং আইসের স্থায় ইরাপ্সন বা একথিমা (Ecthyma); এই চার প্রকার ইরাপ্সনই সিকিলিসের সেকেশ্বরী টেজে পরিদৃষ্ট হইয়া থাকে।

যথাক্রমে এই চারি প্রকার ইরাপ্সনের বিষয় বলা যাইতেছে। যথা

(১) রোজিওলার সিকিলাইড (Rosiolaryphilide) :—

এই শ্রেণীর ইরাপ্সন সেকেশ্বরী টেজে সর্বপ্রথমে দেখা দেয়। সিকিলিসের অন্তান্ত ইরাপ্সন অপেক্ষা এই জাতীয় ইরাপ্সন অধিকতর সচরাচর আবির্ভূত হইয়া থাকে। এই জাতীয় ইরাপ্সন নির্গত হইবার পর, ইহা হইতে প্যাপিউলার ও অন্তান্ত প্রকার ইরাপ্সন নির্গত হইতে পারে।

এই জাতীয় ইরাপ্সন চর্মে তাম্রবর্ণ দাগের স্থায় প্রকাশ পায় ও চর্মের সাধারণ তল হইতে উচ্চ হয় না। এই ইরাপ্সন গুলি বাহ্যিকের বক্ষঃস্পর্শী তলে অথবা পেটের পার্শ্বদ্বয়ে সমান পরিমাণে আবির্ভূত হইয়া, ক্রমশঃ সর্কাজে প্রসারিত হয়। ইরাপ্সনগুলি পরস্পর হইতে বিচ্ছিন্ন ভাবে বিস্তৃত থাকিলেও, স্থান বিশেষে—বিশেষতঃ, হস্তদ্বয়ের পৃষ্ঠে সম্মিলিত হইতে পারে। রোজিওলার সিকিলাইড পুনঃ পুনঃ আবির্ভূত হইতে পারে এবং দ্বিতীয় বা তদুপরবর্তী বারে নির্গত হইলে, ইহার সহজে চিকিৎসা দ্বারা দূষিত হয় না।

অন্যান্য চর্মরোগের সঙ্গে রোজিওলার সিফিলাইডের প্রভেদ :—

নিম্নলিখিত চর্মরোগের সঙ্গে রোজিওলার সিফিলাইডের সাদৃশ্য পরিদৃষ্ট হয়। যথা—

(ক) পেডিকিউলিস কর্পোরিস (Pediculus corporis) : ইহাতে উকুনের কামড়ের দ্বারা চর্মে লোহিত বর্ণ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অথচ নির্দিষ্ট সীমা বিশিষ্ট প্রচুর ইরাপ্সন নির্গত হয়। উকুনের কামড়ের ফলে চর্মে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র রক্তপাত হওয়ার নিমিত্ত এই ইরাপ্সনের সৃষ্টি হইয়া থাকে।

(খ) মিজ্‌ল্‌স (Measles—হামজর) :—জ্বর, সর্দি, চকুউঠা, মুখের মধ্যে কপ্লিক স্পট (Koplik spot) : এইগুলি হামজরের ইরাপ্সনের আনুষঙ্গিক ব্যাপার। ইহাতে ইরাপ্সন চুলকায় এবং জ্বালা করে।

(গ) 'আর্টিকেরিয়া' (Articaria—আমবাত) :— ইহাতে হঠাৎ চর্মে, চর্মের সাধারণ তল অপেক্ষা উচ্চ, স্পর্শে কর্কশ, ক্ষুদ্র, বৃহৎ বিভিন্ন আকার বিশিষ্ট, উপরিভাগে সমতল, এবং অত্যধিক চুলকণায়ুক্ত ইরাপ্সন আবির্ভূত হয়। উহারা হঠাৎ অদৃশ্যও হইয়া থাকে।

(ঘ) ঔষধীয় ইরাপ্সন (Medicinal eruption) : গণোরিঞ্চার চিকিৎসায় কোপেবা ব্যবহারকালে রোগীর চর্মে রোজিওলার সিফিলাইডের জায় এক প্রকার ইরাপ্সন নির্গত হয়; ইহা স্পন্দকাল স্থায়ী এবং উক্ত ঔষধ সেবন বন্ধ করিলে এই ইরাপ্সন অদৃশ্য হয়।

(ঙ) সিবোরিয়া (Seborrhea) :— চর্মস্থ সিবেসাস গ্যাণ্ড (Sebaceous glands) সমূহ হইতে প্রচুর রসস্রাব বশতঃ, চর্মে তৈলাক্ত আঁইসের সৃষ্টি হইয়া এই রোগের উৎপত্তি হয়। ইহা মস্তকের চর্মে, বক্ষে, পৃষ্ঠের উপরিভাগে ও গলদেশে আবির্ভূত হইয়া থাকে। (ক্রমশঃ)

অন্যান্য ঔষধের সহিত ইঞ্জেকসনে এমিটিনের ক্রিয়া।

Action of Emetine when injected with other drugs.

By. Dr. A. Malek L. M. F.,

Medical officer, Chowberia Ch. Dispensary, Jessore.

গত বৎসর মার্চ মাসে (১৯২৯) একদিন যখন আমি একটি রোগীর অবিরাম জ্বরের চিকিৎসার্থ আহত হই, সেই দিন সর্বপ্রথম, এমিটিন সহ অন্যান্য ঔষধ ইঞ্জেকসন করিলে কিরূপ ফল হয়, তাহা প্রত্যক্ষ করিবার ধারণায় উৎসুক হইয়াছিলাম। এই রোগীর চিকিৎসায় এবং অন্যান্য স্থলে এমিটিন সহ অন্যান্য ঔষধ একত্রে ইঞ্জেকসন দিয়া কিরূপ ফল পাইয়াছি, যথাক্রমে তাহা উল্লিখিত হইতেছে।

এমিটিনের সঙ্গে কুইনাইন (Emetine with Quinine) :—

রোগী—জনৈক হিন্দু পুরুষ, বয়ঃক্রম ১৪ বৎসর। প্রায় ১৫ দিন হইতে এই রোগী জ্বরে ভুগিতেছে। কোন সময়েই জ্বর বিরাম হয় না। প্রাতঃকালে উত্তাপ ১০০.৪ ডিগ্রি হয় এবং তারপরে ক্রমশঃ উহা বর্দ্ধিত হইয়া সন্ধ্যাকালে ১০৪ ডিগ্রি হইয়া থাকে। রোগীর মীহা ও

যকৃত কতকটা বর্ধিত এবং উপসর্গরূপে উদরাময় বর্তমান আছে। অরাক্রমণের পর এক সপ্তাহ পর্যন্ত রোগী অল্প একজন চিকিৎসকের চিকিৎসাধীন ছিল। তিনি কালাজর বিবেচনায় ২টা ইউরিয়া ষ্টিবামাইন ইঞ্জেকসন দিয়াছিলেন; কিন্তু ইহাতে জরের গতি কিছুমাত্র পরিবর্তিত বা হ্রাস হয় নাই। পরন্তু, রোগীর অবস্থা ক্রমশঃ খারাপ হইতে থাকায় আমি আহূত হই। এই রোগীর চিকিৎসা-বিবরণ নিয়ে উল্লিখিত হইল।

উল্লিখিত রোগীর রক্ত ও রক্তের সিরাম যথাক্রমে ফেরমালাইন ও ইউরিয়া ষ্টিবামাইন পরীক্ষা করায় নেগেটিভ (negative) হওয়ায়, নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

এসিড কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ... ৫ গ্রেণ।

এক মাত্রা। ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

৩ দিন এইরূপ ইঞ্জেকসনের ব্যবস্থা করা হইয়াছিল।

প্রথম দিনে এইরূপে কুইনাইন ইঞ্জেকসন দেওয়ায়, উত্তাপ ১০৪ ডিগ্রি হইতে ৯৯ ডিগ্রিতে নামিতে দেখা গেল, কিন্তু পরবর্তী দুই দিনে কোন পরিবর্তন দেখা না যাওয়ায়, প্রথমতঃ চিন্তিত হইয়াছিলাম, তদুপরে রোগীর চক্ষু হৃদে বর্ণ বিশিষ্ট দেখিয়া এসোটিন ইঞ্জেকসন দেওয়া সঙ্গত বিবেচনা করিলাম। রোগী বেশী ইঞ্জেকসন লইতে ভীত ছিল। এজ্ঞ আমি নিম্নলিখিতরূপে উহা ইঞ্জেকসন দিলাম। যথা—

২। Re

এমিটিন হাইড্রোক্লোর ... ১/২ গ্রেণ।

কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর ৩ গ্রেণ।

একত্রে ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

এই ইঞ্জেকসনের পরদিনই উত্তাপ স্বাভাবিক হইতে দেখা গেল এবং আরও ২টা ইঞ্জেকসনে রোগী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়াছিল।

ঐরূপ অবস্থাপন্ন আরও কতকগুলি রোগীকে এমিটিন ও কুইনাইন একত্রে ইঞ্জেকসন দিয়া আশ্চর্যজনক উপকার পাইয়াছি।

এমিটিন সহ সোয়ামিন (Emetine with Soamine) :—

উল্লিখিতরূপে এমিটিন সহ কুইনাইন প্রয়োগে সফল দুইটে উৎসাহিত হইয়া, অতঃপর অনেকগুলি প্লীহা ও যকৃত বৃদ্ধিসহ জরের রোগীকে ১/২ গ্রেণ এমিটিন সহ ২৩ গ্রেণ সোয়ামিন একত্রে ইঞ্জেকসন দিয়া সন্তোষজনক সফল পাইয়াছি। অল্পরূপ চিকিৎসায় এই সকল রোগীতে বিশেষ কোন উপকার পাওয়া যায় নাই। ঐ সকল রোগীকে এমিটিন সহ সোয়ামিন ইঞ্জেকসনের মধ্যবর্তী সময়ে স্বল্পমাত্রায় কুইনাইন সংযুক্ত টনিক মিকচার প্রত্যহ ২ বার করিয়া সেবন করান হইত।

এমিটিনের সহিত ষ্ট্রীকনাইন এবং ডিজিটেলিন (Emetine with strychnine and Digitaline) :—

কতকগুলি পুরাতন উদরাময় ও রক্তমাশায়াক্রান্ত রোগীকে এমিটিন সহ ষ্ট্রীকনাইন ও ডিজিটেলিন ইঞ্জেকসন দিয়া আশ্চর্যজনক সফল পাইয়াছি। এই সকল রোগীর হৃদপিণ্ডের অবস্থা খুব খারাপ ছিল। ইহাদিগকে নিম্নলিখিতরূপে ইঞ্জেকসন দেওয়া হইয়াছিল।

Re.

এমিটিন ... ১/২ গ্রেণ।

ষ্ট্রীকনাইন ... ১/৬০ গ্রেণ।

ডিজিটেলিন ... ১/১০০ গ্রেণ।

একত্রে একমাত্রা। এইরূপ ২—৩টা ইঞ্জেকসনেই সমুদয় রোগীই আরোগ্য হইয়াছিল।

অন্তব্য :—এমিটিন সহ অজ্ঞাত ঔষধ একত্র ইঞ্জেকসন সঞ্চক্ষে যদিও আমার অভিজ্ঞতা অল্প, তথাপি এতদসঞ্চক্ষে অজ্ঞাত চিকিৎসকগণের মনযোগ আকর্ষণার্থ আমার এই অভিজ্ঞতার ফল প্রকাশিত হইল। আশা করি, চিকিৎসক ভ্রাতৃগণ এ বিষয়ে পরীক্ষা করিয়া ফলাফল প্রকাশ করিবেন। (A. T. C Dec. 1929)

গ্যাস্ট্রিক আলসার—Gastric Ulcer.

(পাকাশয়ের ক্ষত)

লেখক—ডাঃ জীনরেন্সকুমার দাশ M. B., M. C. P. & S, (C. P. S.)

M. R. I. P. H. (Eng.)

(পূর্ব প্রকাশিত ২২শ বর্ষের (১৩৩৬) ১২শ সংখ্যার (চৈত্র) ৬০৮ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—:o:—

আবার কোন কোন রোগীর লক্ষণাবলী অত্যন্তভাবে এমন অকস্মাৎ উপস্থিত হয় যে রোগী সহসা রক্তবমন, উদরে অসহ্য বেদনা ইত্যাদি দ্বারা আক্রান্ত হইয়া চিকিৎসাধীনে আসিতে বাধ্য হয়। সাধারণতঃ নিম্নলিখিত লক্ষণ সমূহ এই পীড়ায় দেখিতে পাওয়া যায়, যথা—রোগীর বেশ ক্ষুধা বর্তমান থাকে, কিন্তু আহারের দুই তিন ঘণ্টা পরেই এপিগ্যাস্ট্রিয়াম (উপর পেটে) প্রদেশে এক প্রকার অশান্তি বোধ বা বেদনা উপস্থিত হয়। এই বেদনার সহিত কঠিনবৎ যন্ত্রণা, কখন কখনও বিবিম্বা উদগার, আত্মান অথবা বমন বর্তমান থাকে। এপিগ্যাস্ট্রিক প্রদেশে নূনাধিকরূপে বেদনামহ ভাববোধ বা এক প্রকার ক্ষীণ যন্ত্রণা বর্তমান থাকে। ইহা ক্ষার ঔষধ, খাদ্য দ্রব্য অথবা বমন দ্বারা উপশম না হইলে, পরবর্তী আহারের সময় পর্যন্ত বর্তমান থাকে এবং আহারের সঙ্গে সঙ্গেই এই যন্ত্রণা অন্তর্হিত হয়। কিন্তু ২১০ ঘণ্টা পরে এই বেদনা পুনরায় উপস্থিত হইতে দেখা যায়। দিবাভাগ অপেক্ষা, রাত্রে এই বেদনার আধিক্য লক্ষিত হয়। রোগীর প্রায়ই কোষ্ঠবদ্ধতা, দৈহিক ওজনের হ্রাস এবং স্ত্রী রোগীর রক্তহীনতা বর্তমান থাকে। ক্ষতের বিস্তৃতি অনুযায়ী লক্ষণ সমূহ কয়েক দিন হইতে কয়েক সপ্তাহ অথবা কয়েক মাস পর্যন্ত স্থায়ী হইতে পারে এবং উপযুক্ত চিকিৎসায় ক্রমশঃ পীড়ার উপশম ও আরোগ্য হইতে দেখা যায়। কোন কোনও রোগীর এই আরোগ্য, স্থায়ী আরোগ্যে পরিণত হয়; কিন্তু অধিকাংশ স্থলেই এই আরোগ্য স্থায়ী হয় না—লক্ষণ সমূহ পুনরায় প্রকাশ পাইতে থাকে এবং তাহাদের প্রকৃতি পূর্বাশঙ্কিত অধিকতর

প্রবল এবং আরও অধিক দীর্ঘকাল স্থায়ী হয়। এই পুনরাক্রমণ ৫—৩০ বা তদুচ্চ বৎসর পরেও হইতে দেখা গিয়াছে। দেখা যায় যে, রোগী দুগ্ধ, ডিধ ও সোডা সেবন করিয়া থাকিলে, বেশ ভালই থাকে—কোনওরূপ অসুবিধা বোধ করে না। যদি পাকাশয়ে রক্তস্রাবজনিত রক্তবমন এবং পাইলোরিক রক্ত অবরুদ্ধ না হয়—তাহা হইলে লক্ষণাবলীর সাময়িক প্রকাশ ও অন্তর্ধানসহ রোগী বহুদিন পর্যন্ত স্বচ্ছন্দে জীবন যাপন করিতে পারে। এইরূপ রোগীর দৈহিক ওজন, প্রায়ই স্বাভাবিক ওজন অপেক্ষা অনেক কম থাকে এবং রোগীর মুখমণ্ডল বিমর্ষ ভাবাপন্ন হয়। যে সকল আহাৰ্য্য রোগীর পাকাশয় সহ্য করিতে পারে না, সেই সকল খাদ্য বিশেষ রুচি ও তৃপ্তিকর হওয়া সত্ত্বেও সর্বতোভাবে পরিত্যাগ করিতে পারিলে, রোগী মোটের উপর ভালভাবেই দিন কাটাইয়া যাইতে পারে। অল্পযুক্ত খাদ্য—বিশেষতঃ, কাঁচা অল্প ফলাদি আহারে রোগীর লক্ষণ সমূহ প্রবলতর ও কষ্টকর হয়।

এই রোগের বিশিষ্ট লক্ষণগুলি নিয়ে যথাক্রমে বর্ণিত হইতেছে।

(ক) বেদনাঃ—সাধারণ প্রকৃতির পীড়ায় রোগী পূর্বাভায়ে প্রাতঃরাশ আহারের পূর্বকণ পর্যন্ত বেশ ভালই থাকে। আহারের পরে ২১০ ঘণ্টা পর্যন্তও রোগী কোনওরূপ বেদনা বা অসুবিধা বোধ করে না। কিন্তু আহারের ২১০ ঘণ্টা পর রোগী ক্রমশঃ অস্বস্তি ও পাকাশয়ে এক প্রকার ক্ষীণ বেদনা অনুভব করিতে থাকে। এই বেদনা, ধীরে ধীরে প্রবল বেদনায় পরিবর্তিত হয়। এই বেদনার প্রকৃতি রোগী ভাবায় ব্যস্ত করিতে পারে না—ইহা এক

প্রকার অব্যক্ত যন্ত্রণা। এই যন্ত্রণাটী কতক “অর্দ্ধ জ্বলনবৎ” এবং কতক “অর্দ্ধ কর্তনবৎ” অনুভূত হয়। বেদনা চরম সীমায় উঠিয়া ক্রমশঃ ক্রিয়াক্ষণের জন্ত হ্রাসপ্রাপ্ত হয়। অনেক সময় বেদনা এতই ‘অসহ্য’ হয় যে, রোগীকে বাধ্য হইয়া সমস্ত কার্যাদি হইতে অবসর গ্রহণ করিতে হয়। প্রাতঃরাশের পর এই বেদনা উপস্থিত হইয়া, ইহা বৈকালিক আহারের সময় পর্য্যন্ত স্থায়ী থাকে। কিন্তু বৈকালিক আহার সমাপ্ত হইবামাত্র বেদনারও নিবৃত্তি হইতে দেখা যায়। কিন্তু পুনরায় ৩৪ ঘণ্টা পরেই এই বেদনা উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। আবার রাত্রে আহারের পর এই বেদনার নিবৃত্তি হইয়া, পুনরায় ৩৪ ঘণ্টা পরে বেদনা প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। রোগীর পাকাশয় পূর্ণ থাকিলে বেদনা দেখা দেয় না; কিন্তু পাকাশয় শূন্য হইবামাত্র রোগী বেদনানুভব করিতে থাকে। এই জন্তই এই রোগের অস্ত্র একটী নাম—“হাঙ্গার পেইন্” (Hunger pain) বা “ক্ষুধার-বেদনা”। কোন কোন রোগীর বেদনার সময়ে দুগ্ধ পান করিলে, যন্ত্রণার উপশম হয় বলিয়া, রোগী রাত্রে শয়ন করিবার পূর্বে কিছু দুগ্ধ পান করে; কিন্তু তথাপি রাত্রি ১২ টার সময়ে রোগীর বেদনা প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। এই সময়ে কোনও খাদ্য গ্রহণ না করিলে ক্রমশঃ বেদনার উপশম হয় এবং রোগী সহ্য নিদ্রাভিত্ত হইয়া পড়ে ও প্রাতঃকালে রোগী বেশ সুস্থ বোধ করিয়া থাকে। যদি রোগী অধিক পরিমাণে খাদ্য গ্রহণ করে, তাহা হইলে আহারের ৩৪ ঘণ্টা পরে বেদনা প্রকাশ পায় না—পাইলেও উহা অতি সামান্য হয়। কিন্তু রাত্রে যথানিয়মে “হাঙ্গার পেইন্” আসিয়া আত্মপ্রকাশ করিয়া থাকে। কোন কোন স্থলে এই বেদনা আহারের অনতিবিলম্বে প্রকাশ পায়। কখন কখন ইহা ১ ঘণ্টা পরে, আবার কখন বা কয়েক মিনিট পরেই প্রকাশ পাইতে পারে। তবে এইরূপ লক্ষণ খুবই বিরল।

যন্ত্রণা স্থায়ী ও অসহ্য হইলে বুঝিতে হইবে যে, এই ক্ষত

দ্বারা পাকাশয়ে ছিদ্র হইয়াছে বা হইবার সম্ভাবনা হইয়াছে। এইরূপ রোগীতে অস্ত্র চিকিৎসার সাহায্য গ্রহণ করিবার আবশ্যক হইতে পারে। পথ্যাদি, বিশ্রাম ও এল্কালিজ (ক্ষার) ঔষধ দ্বারা বেদনার কোনই উপশম না হইলে বুঝিতে হয় যে, পাকস্থলীতে ক্ষত হইয়াছে এবং এই ক্ষত দ্বারা পাইলোরিক রক্ত ছিন্ন হইবার সম্ভাবনা হইয়াছে। পাকাশয়ের ক্ষতের বেদনা সাধারণতঃ এপিগ্যাস্ট্রিয়াম প্রদেশে অনুভূত হয়। কখন কখন এই বেদনা এপিগ্যাস্ট্রিয়াম প্রদেশের মধ্যবর্তী স্থানে, আবার কখন বা এক ইঞ্চি দক্ষিণভাগে প্রকাশ পাইয়া থাকে।

গভীর ভেদকারী ক্ষতের বেদনায়—বেদনা সাধারণতঃ সবিস্তার এবং উহা আহারান্তে প্রকাশ পায়। কখন আবার আহারের অব্যবহিত পরে, কখন বা আহারের অল্প ঘণ্টা কিম্বা এক ঘণ্টা বা ততোধিক কাল পরে বেদনা উপস্থিত হয়। সাধারণতঃ বেদনা সাতিশয় তীব্র, প্রতিবার আহারের পর নির্দিষ্ট স্থানে বেদনা আক্রমণ করে, ও বেদনা সেই স্থানেই আবদ্ধ থাকে। কখন বা সেই স্থান হইতে বেদনা ভিন্ন ভিন্ন দিকে ব্যাপ্ত হয়। এই বেদনার অবস্থায় পাকাশয়ের উপর চাপ দিলে যন্ত্রণা ও বেদনা বোধ হয়। বমন হইয়া গেলে বেদনা সম্পূর্ণরূপে নিবারিত বা অনেক উপশমিত হয়।

পাকস্থলীর ক্ষতে বেদনার স্থান ও স্বভাব এবং বেদনা উপস্থিতির সময় সম্বন্ধে ভিন্ন ভিন্ন স্থলে বিলক্ষণ বিভিন্নতা দৃষ্ট হইয়া থাকে। কখন কখন আহারের অল্পক্ষণ পরেই, আবার কখনও বা আহারের সঙ্গে সঙ্গেই বেদনা প্রকাশ পায়। পাকস্থলীর কার্ডিয়াক অস্ত্র হইতে যত দূরবর্তী স্থানে ক্ষত হয়, তত বিলম্বে বেদনা প্রকাশ পাইয়া থাকে। পাকাশয়ের কার্ডিয়াক অস্ত্রে ক্ষত হইলে আহারের সঙ্গে সঙ্গে বেদনা প্রকাশ পায়। আবার এরূপ দেখা যায় যে, ক্ষত পাকাশয়ের দক্ষিণ সীমা সন্নিকটে স্থিত হইলেও, আহারের অব্যবহিত পরেই বেদনারন্ত হয়। এই সকল স্থলে সমগ্র পাকস্থলীর চৈতন্যাত্মিক নিবন্ধন এই বেদনার উৎপত্তি হইয়া থাকে। যদি ক্ষত পাকাশয়

প্রদাহের সহবর্তী না হয়, তাহা হইলে অধিকাংশ স্থলে পাকাশয়ের শূন্যাবস্থায় বেদনা অল্পভূত হয় না এবং বেদনারম্ভ হইলে অপেক্ষাকৃত স্বল্পকাল স্থায়ী হয়। বেদনা দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে—বিশেষতঃ, রক্তের পর উহা প্রকাশ পাইলে ও বাস্তব পদার্থ মধ্যে প্রচুর পরিমাণে শ্লেষ্মা বর্তমান থাকিলে, ক্ষতের সঙ্গে পাকাশয় প্রদাহ বর্তমান আছে; বুঝিতে হইবে।

পাকাশয়ের ব্যাপ্তকিতে বেদনার তীব্রতা, পূর্বোক্ত প্রকার ভেদকারী ক্ষত) ক্ষতের বেদনা অপেক্ষা অনেক কম, ইহাতে পাকাশয় প্রদেশ চাপিলে সচরাচর সমস্ত স্থানে বেদনা অল্পভূত হয়।

(খ) বমন : পাকাশয়ের ক্ষতরোগে বমন যে, বর্তমান থাকিবেই; তাহার কোন কারণ নাই। কোনও রোগীতে ইহা সর্বদাই বর্তমান থাকে, আবার কোনও রোগীতে ইহা আদৌ থাকে না। সুতরাং বমন দ্বারা এই পীড়া নির্ণয় সম্বন্ধে কোনও সিদ্ধান্তে উপনীত হওয়া উচিত নহে। বমন ব্যতীতও, প্রায়ই প্রবল বেদনা প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। স্বাভাবিক দুর্বল রোগীর এই পীড়া হইলে, বেদনার সঙ্গে সঙ্গে প্রায়ই বমন প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। পাকাশয়ের প্রদাহযুক্ত পীড়ায় কখন কখন আহারের পরেই বমন উপস্থিত হয়; আবার কখন বা বেদনা অত্যন্ত তীব্র ও প্রবল হইবার পর বমন আরম্ভ হয়। কোন কোনও রোগীতে এই বমন অত্যন্ত দুর্দম্য প্রকৃতির হয় এবং পুনঃ পুনঃ প্রকাশ পায়। আবার এরূপ রোগীও দেখা গিয়াছে—যাহাদের আহারের ৩৪ ঘণ্টা পরে বমন প্রকাশ পাইয়া থাকে। অনেক সময়ে বমনকারক ঔষধ দ্বারা বমন করাইয়া দিলে, বেদনা ও কষ্টকর লক্ষণ দুইয়ের উপশম হয়। বাস্তব পদার্থে অপরিবর্তিত ভুক্ত পদার্থ, কোন কোনও স্থলে আংশিকভাবে জীর্ণ, কচিং বিকৃত পাকরস মিশ্রিত, কখন বা শ্লেষ্মা মিশ্রিত, কখন বা রক্ত মিশ্রিত থাকে।

বিত্তীর্ণ ক্ষতে বমন নিত্যন্ত কষ্টকর ও পুনঃ পুনঃ উপস্থিত হয়। বাস্তব পদার্থ সাধারণতঃ অত্যন্ত অল্পপ্ত

বিশিষ্ট এবং প্রায়ই রক্তমিশ্রিত ও বর্ণ কফি-চূর্ণবৎ হয়।

(গ) রক্তবমন :—এই পীড়ার একটা বিশেষ লক্ষণ—“রক্তবমন”। এই রক্তবমন দ্বারা রোগীর পাকাশয়ে ক্ষত হইয়াছে বলিয়া, সন্দেহ করিতে পারা যায়। রক্তবমনের পূর্বে রোগীর হঠাৎ বিবমিষা, মুচ্ছার ভাব ও তৃষ্ণা এবং রোগী অত্যন্ত বিবর্ণ হইয়া পড়ে। অতঃপর রোগীর ঘর্ম হইতে পারে এবং রোগী প্রচুর পরিমাণে গাঢ় লোহিত বর্ণের রক্ত বমন করে। এই বমন আহারের অনতিকাল পরেই হইলে, তৎসহ অজীর্ণ ভুক্তপদার্থ সমূহ বর্তমান থাকে—নচেৎ আংশিক জীর্ণ ভুক্তপদার্থসহ অথবা কেবলমাত্র রক্তই বমন হয়। কখন কখন প্রাতঃকালে শয্যাভ্যাগের পর রোগীর বিবমিষা বোধ হইয়া থাকে এবং রোগীর মলত্যাগ করিবার ইচ্ছা হয়। অতঃপর রোগীকে পাংখানায় মধ্যে অজ্ঞান অবস্থায় পাওয়া যায় ও দেখা যায় যে, রোগী প্রচুর পরিমাণে রক্ত বমন করিয়া, অজ্ঞান হইয়া পড়িয়া আছে। কখন কখন এই রক্তবমন করেক ঘণ্টা বা কয়েক দিন পর্যন্ত স্থায়ী হয়; আবার কখনও বা ইহা ২৪ ঘণ্টা বন্ধ থাকিয়া পুনরায় প্রকাশ পায়। এই রক্তবমনের পর, মলসহ রক্ত নির্গত হইতেও দেখা যায়। আবার কখনও বা রক্তবমন সহ রক্তমিশ্রিত মলত্যাগও হইতে দেখা যায়। ইহার পর ২৩ দিন পর্যন্ত রোগীর মল কৃষ্ণ বর্ণের হয়। রক্তবমন সাধারণতঃ অল্পবয়স্ক যুবতীদের মধ্যেই অধিক দেখা যায়। কখন কখন পুরুষদের মধ্যেও সাংঘাতিক প্রকৃতির রক্তবমন দেখা যায়। অভিজ্ঞতা হইতে ইহাই বুঝা যায় যে, এই রক্তবমন স্ত্রী ও পুরুষ উভয় জাতীর রোগীর মধ্যে সমভাবেই (২৫—৬৫ বৎসর বয়স মধ্যেই) প্রকাশ পাইয়া থাকে। ইহাপেক্ষা অল্প বয়স্ক বা অধিক বয়স্ক রোগীর মধ্যেও রক্তবমন দেখা যায়। এই রক্তবমন কখন কখন দীর্ঘকাল অন্তর—এমন কি, ৫ বা ১০, বৎসর পরেও প্রকাশ পায়। আবার কখনও বা ইহা জীবনকাল মধ্যে মাত্র একবার প্রকাশ পাইয়া, আর আদৌ প্রকাশ

পায় না। কদাচিৎ কখন কখন সামান্য রক্তবমন হইতেও দেখা যায়। তবে এরূপ রোগী খুবই কম। কোন কোনও রোগীর আদৌ রক্ত বমন না হইয়া, কেবল মাত্র রক্তভেদ (মেলিনা) হইতে দেখা যায়। পাকশয়ে অল্প পরিমাণে রক্তশ্রাব হইলে, তাহার উপর পাচকরসের ক্রিয়াবশতঃ বান্ত রক্ত কৃষ্ণবর্ণ ও সংযত হয়।

(খ) পাকশয়ে ছিদ্র হওন :-

পাকশয়ের ক্ষত রোগের ইহা একটি বিষম মারাত্মক লক্ষণ। প্রায় সমস্ত রোগীরই শেযাবস্থায় এই লক্ষণটি দৃষ্ট হইয়া থাকে। এই ছিদ্র হওন দুই প্রকারের : যথা :-

(১) তরুণ ;

(২) পুরাতন ;

(১) তরুণ প্রকারের ছিদ্রে :- রোগী এপিগ্যাস্ট্রিয়াম প্রদেশে (উপর পেটে অর্থাৎ উদরের উর্দ্ধে) অসহ্য কষ্টবৎ যন্ত্রণা বোধ করে এবং এই বেদনা গভীর ও সর্বক্ষণ স্থায়ী হয়। কোন কোনও রোগীতে বমন বর্তমান থাকে ; কিন্তু ইহা সর্বত্র ও সকল রোগীতে নাও থাকিতে পারে। ইহাতে মুখমণ্ডলের বিবর্ণতা, কর্দমবৎ শীতল ঘর্ম্ম এবং নাড়ীর দ্রুতত্ব লক্ষিত হয়। বেদনা প্রথমে এক স্থানেই সীমাবদ্ধ থাকে ; কিন্তু অল্প সময় মধ্যেই ইহা উদরের উর্দ্ধ ও মধ্য প্রদেশে ব্যাপ্ত হইয়া পড়ে। ঔদরিক পেশী সমূহের অত্যন্ত কোমলতা দৃষ্ট হয়। কখন কখন রোগীর মলত্যাগ করিবার প্রবল ইচ্ছা হয়। এই ছিদ্র হওনের প্রথমাবস্থায় রক্তচাপ (blood pressure) বৃদ্ধি পায়; কিন্তু রোগীর নাড়ী অত্যন্ত দ্রুত হইয়া থাকে এবং এই দ্রুতত্বের হ্রাস হইলেই রক্তের চাপ শক্তিও কমিয়া যায়। শীঘ্রই অস্ত্রাবরক বিল্লীর প্রদাহ (পেরিটোনাইটিস্) উপস্থিত হয়। উদরগহ্বর স্পষ্ট ভাবে বিস্তৃত ও আত্মনিযুক্ত এবং কয়েক দিনের মধ্যেই রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হইয়া থাকে।

কদাচিৎ এই সাংঘাতিক উপসর্গ হইতে রোগীর জীবন রক্ষা পাইতে পারে। যদি এই ছিদ্র হওন তেমন

সাংঘাতিক না হয়, তাহা হইলে কদাচিৎ স্থানীয় পেরিটো-নাইটিসের ফলে উদ্ভূত “প্লাস্টিক লিম্ফ” বা কোমল লোসিকা শ্রাব দ্বারা উক্ত ছিদ্র আপনা আপনিই বন্ধ হইয়া যায় এবং রোগীর জীবন রক্ষা পায়। তবে এইরূপ আশ্চর্য্যভাবে রোগীর জীবন খুব অল্প স্থানেই রক্ষা পাইতে দেখা যায়। ছিদ্র হওয়ার সঙ্গে সঙ্গে অল্প চিকিৎসার সাহায্য নাইলে, অনেক সময়ে রোগীর জীবন রক্ষা পাইতে পারে।

(২) পুরাতন ছিদ্র :- দীর্ঘস্থায়ী পীড়ার ক্ষত দ্বারা ক্রমশঃ পাকস্থলী ক্ষয় হইয়া উহা ছিদ্র হইয়া পড়ে। এই ছিদ্র গভীর, অসমান এবং ইহা বিস্তীর্ণ ক্ষতে দেখিতে পাওয়া যায়। এইরূপ রোগীর ক্ষতস্থানের অস্ত্রাবরক বিল্লীর অংশ, যকৃত বা অল্প কোনও আভ্যন্তরিক যন্ত্র বিশেষের সহিত সংযুক্ত থাকিতে পারে। অরু, বেদনা এবং ঔদরিক কোমলতা, রক্তের শ্বেত কণিকার হ্রাস, রক্তাক্ততা, দৈহিক ওজর ও শক্তির হ্রাস ইত্যাদি বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। অস্ত্রোপচার দ্বারা কখন কখন রোগী আরোগ্য লাভ করিতে পারে।

(৩) ক্ষুধা—এই পীড়ায় প্রায় সমস্ত রোগীরই বেশ ভাল ক্ষুধা বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। তবে রোগী আহার করিতে ভীত হয়; কারণ আহারান্তেই বেদনা ইত্যাদি কষ্টদায়ক লক্ষণাবলী প্রকাশ পাইয়া থাকে। দুগ্ধ পান দ্বারা যন্ত্রণার লাঘব হয়, সুতরাং রোগী দিবা ও রাত্রে সমভাবেই কিছুক্ষণ পর পর দুগ্ধ পান করিয়া থাকে। কোনও কোনও রোগীর প্রথম হইতেই ক্ষুধামান্দ্য, অরুচি ইত্যাদি বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। আহারান্তে বেদনা প্রকাশের ভয়েই অনেক রোগী আহার করিতে অনিচ্ছুক হয়।

(৪) উদগার :- উদগার উঠা পাকশয়ের ক্ষত রোগের একটি অতি সাধারণ লক্ষণ। প্রায় সমস্ত রোগীতেই এই উদগার বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। ইহা সাধারণতঃ ক্ষার মিশ্র (এল্‌কালিন্ মিশ্র) এবং দুগ্ধ ও অণু একত্রে মিশ্রিত করতঃ পান করিলে নিবারিত হয়।

(২) **রক্তশ্রাবতা :**—সাধারণতঃ এই পীড়ায় রক্তশ্রাবতা দেখা যায় না। তবে পুনঃ পুনঃ প্রবল রক্তশ্রাব, দীর্ঘকাল স্থায়ী অল্প রক্তশ্রাব এবং অল্পমধ্যে রক্তশ্রাব, ইত্যাদি কারণে দৈবারিক রক্তশ্রাবতা (Secondary anemia) দেখা যাইতে পারে। প্রবল রক্তবমন দ্বারা সাংঘাতিক রক্তহীনতা প্রকাশ পাইতে দেখা গিয়াছে। এইরূপ রোগীতে কখন কখন টাটকা রক্ত ইন্ডেক্সসন দিবার আবশ্যক হইতে পারে। প্রচুর রক্তভেদ দ্বারাও রক্তহীনতা উপস্থিত হয়। যুবতী রোগিণীর ক্লোরোসিস বর্তমান থাকিলে, প্রচুর রক্তবমন বা রক্তভেদ দ্বারা রোগিণী অত্যন্ত বিবর্ণ, দুর্বল ও রক্তহীন হইতে পারে।

(৩) **দৈহিক ওজনের হ্রাস :**—পাকাশয়ের ক্ষতরোগে প্রায়ই রোগীর দৈহিক ওজনের হ্রাস হইতে দেখা যায়। পুরাতন পীড়ায় প্রায় সমস্ত রোগীরই দৈহিক ওজনের বিশেষ হ্রাস হয়। উপযুক্ত পরিমাণ খাদ্যদ্রব্য আহার না করা, (বেদনার ভয়ে রোগী যাতা খাইতে পারে, তদপেক্ষাও কম খায়), বেদনা, বিশ্রামের অভাব, ভুক্তদ্রব্য জীর্ণ না হওয়া, চিন্তা, রক্তহীনতা প্রভৃতি কারণে রোগীর পরিপুষ্টির অভাব হইয়া থাকে—ফলে, দৈহিক ওজনের হ্রাস হয়। পাইলোরিক রন্ধুর সঙ্কোচন জন্তু রোগীর বমন হইতে থাকে এবং রোগী আহার করিতে অক্ষম হয়; ইহার ফলে রোগীর ওজন সত্তর হ্রাস পাইতে থাকে। কোনও কোনও রোগীর স্পষ্ট দুর্বলতা ও শীর্ণতা দেখা যায়। পাইলোরিক রন্ধুর সঙ্কোচন জন্তু রোগীর বমন এবং অগ্নাশ্রু বিধান সমূহ ক্ষুদ্র হইতে পারে; এইরূপ

রোগীর মূত্রে ফস্ফেট নির্গত এবং উহা অল্পধর্মী হইয়া থাকে; কিন্তু রোগী যদি প্রচুর পরিমাণে সোডা খাইতে থাকে, তাহা হইলে মূত্রের প্রতিক্রিয়া ক্ষার হইতে পারে।

(৪) **কোষ্ঠবদ্ধতা :**—প্রায় অধিকাংশ রোগীরই কোষ্ঠকাঠিন্য বা কোষ্ঠবদ্ধতা বর্তমান থাকে। পাইলোরিক রন্ধুর সঙ্কোচন জন্তুই ভুক্ত দ্রব্য এই রন্ধুপথে আবদ্ধ থাকায়, কোষ্ঠবদ্ধতা দেখা যায় ও রোগী অস্থবিধা বোধ করে। তবে কখন কখন ইহার ব্যতিক্রম হইতেও দেখা যায়। কোন কোনও রোগীর কোষ্ঠতারল্যও হইতে পারে। তবে উহা খুবই বিরল। আবার কোনও কোনও রোগীর স্বাভাবিক দান্ত হইতেও দেখা যায়। রোগীর এপিগাস্ট্রাইটস বর্তমান থাকিলে দুর্বল কোষ্ঠবদ্ধতা উপস্থিত হইয়া থাকে।

(৫) **শিরঃপীড়া :**—ডাক্তার লডার বাটেন বহুকাল পূর্বে বলিয়া গিয়াছেন যে, পাকাশয়ের ক্ষত রোগীর পাকস্থলীতে অত্যধিক অম্লরস নির্গত হইলে, রোগীর এক প্রকার প্রায় সর্বক্ষণ স্থায়ী শিরোবেদনা বর্তমান থাকে। এই কথাটির সত্যতা নির্ণীত হইয়াছে। এইরূপ অবস্থাপন্ন রোগীকে সোডা বা অম্ল ক্ষার ঔষধ সেবন করিতে দিলে অথবা বমন কিম্বা ষ্ট্যাক-টিউব দ্বারা পাকস্থলী ধোত করিয়া দিলে, এই শিরঃপীড়া নিবারিত হয়।

(ক্রমশঃ)

সর্পদংশনের অব্যর্থ চিকিৎসা

লেখক—ডাঃ শ্রীসতীভূষণ মিত্র B. Sc. M. B.

হাউস সার্জন, দিবাপাতিয়া রাজ হস্পিটাল

“সর্পদংশনের অব্যর্থ চিকিৎসা” যে, হইতে পারে ; ইহা অনেকেরই বিশ্বাস নাই—বিশেষতঃ, চিকিৎসকগণের মধ্যে। যদি কিছু চিকিৎসা হয়, তাহা সর্পের রোজা দ্বারা ; ইহাই সাধারণের বিশ্বাস। এই বিশ্বাসের মূলে যে, কিছু সত্য নাই, তাহাও নহে। কারণ, সর্পদংশিত রোগীর চিকিৎসা-ক্ষেত্রে সাধারণতঃ রোজাগণেরই একচেটিয়া অধিকার। কোন মতাবলম্বী চিকিৎসককেই সর্পদংশনের চিকিৎসা করিতে দেখা যায় না এবং এজ্ঞা কেহ তাহাদিগকে ডাকেও না। পক্ষান্তরে প্রয়োজন না হওয়ায়, চিকিৎসকগণ এতদসম্বন্ধে বিশেষ কোন অভিজ্ঞতা লাভের চেষ্টা করেন না। কিন্তু চিকিৎসকগণ এতদসম্বন্ধে চেষ্টা করিলে, অব্যর্থ না হইলেও অধিকাংশ স্থলেই যে, রোজাগণ অপেক্ষাও অধিকতর সফল দর্শাইতে পারেন, তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই। যাহা হউক, আমার মনে হয় অবস্থা বিবেচনায় কোন চিকিৎসককেই সর্পদংশনের চিকিৎসার অনভিজ্ঞ থাকা কর্তব্য নহে। এই ধারণার বশবর্তী হইয়া আজ সর্পদংশনের ফলপ্রদ চিকিৎসা সম্বন্ধে কিছু আলোচনা করিব।

কিছুদিন পূর্বে চিকিৎসা বিষয়ক বিবিধ ইংরাজী সাময়িক পত্রে সর্পদংশন চিকিৎসা সম্বন্ধে কিছু আলোচনা পাঠ করিয়াছিলাম। ঐ সকল আলোচনা হইতে সারবান উপদেশগুলি সংগ্রহ করিয়াও পাঠকগণের গোচরীভূত করিব।

অনেক দিন পূর্বে দাক্ষিণাত্য হইতে জনৈক ইংরাজ চিকিৎসক লিখিয়াছিলেন যে ভারতবর্ষে প্রতিবৎসর প্রায় ৪০,০০০ হাজার লোক সর্পদংশনে অকালে কালগ্রাসে পতিত হয়। সমগ্র ভারতবর্ষের কথা ছাড়িয়া দিয়া, এক বাঙ্গালা দেশেই প্রতি বৎসর কত লোক যে সর্পদংশনে

মৃত্যুখে পতিত হইয়া থাকে, তাহার ইয়ত্তা নাই। কিন্তু ইহার প্রতিবিধানের জন্ত কোন চেষ্টাই হইতেছে না। চিন্তাশীল ব্যক্তিগণের মনবোগ এতদপ্রতি আদৌ আকৃষ্ট হইতেছে বলিয়া মনে হয় না। বাঙ্গলার পল্লীগ్రামেই সর্পের উপদ্রব বেশী—বিশেষতঃ, পূর্ববঙ্গের পল্লী অঞ্চলে বর্ষাকালেই এই উপদ্রব অধিকতর বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়। পরন্তু, আর একটা প্রবল কারণে গত ২১৩ বৎসর হইতে পল্লীগ్రামে সর্পের উপদ্রব সমধিক বৃদ্ধি হইয়াছে।

“গোসাপ” বিষধর সর্পকুলের একটা প্রধান শত্রু, কিন্তু পাকাত্য সভ্যতা ও ক্যানানের হোমায়িজে আহুতি দিবার জন্ত বঙ্গপল্লীর নিরীহ গোসাপের চর্ম আবশ্যক হওয়ায়, আজ ইজ্ঞাদের বংশ প্রায় নির্মূল হইতে চলিয়াছে। গত কয়েক বৎসর হইতে কোটী কোটী গোসাপ মারিয়া তাহার চর্ম ইকুরোপে চালান হইয়াছে এবং এখনও এই গোসাপ নিধনযজ্ঞ সমান ভাবেই চলিতেছে। প্রধানতঃ এই কারণেই পল্লীগ్రামে উত্তরোত্তর সর্পকুলের অকুণ্ণ বংশ বৃদ্ধি হইতেছে, সর্পদংশনের সংখ্যাও পূর্বাশ্রিত্য বৃদ্ধি হইতে দেখা যাইতেছে। গোসাপ সমূহ সকল প্রকার বিষধর সর্পকেই আহার করিয়া জীবন ধারণ করে, কিন্তু গোসাপকুল এইরূপে নির্মূল হওয়ায়, প্রতি বৎসরই বিষধর সর্পের বংশ বৃদ্ধি হইতেছে। সর্পবংশ ধ্বংস হইবার তো আর আশ্রয় নাই!

বিষধর সর্প অনেক প্রকার এবং ইহাদের বিষের তীব্রতাও বিভিন্ন। পরন্তু, অবস্থা বিশেষে এই বিষের তীব্রতারও বিভিন্নতা দৃষ্ট হয়। আমাদের দেশে কেওটে, গোকুরা (গোখুরা বা জাতসাপ), খরিস প্রভৃতি ফণাধারী সর্পের বিষই অত্যন্ত মারাত্মক—আন্ত প্রাণনাশক। এতদ্ব্যতীত আরও অনেক প্রকার বিষধর সর্প আছে,

তাহাদের বিষ আণ্ড প্রাণনাশক নহে। এ সম্বন্ধে অনেক জ্ঞাতব্য বিষয় আছে, বাস্তবত্রে এ সকল বিষয় আলোচনা করা যাইবে। আজ সর্পদংশনের একটা ফলপ্রদ চিকিৎসার বিষয়ই আলোচনা করিব।

চিকিৎসা (Treatment) :—

(১) প্রাথমিক চিকিৎসা :—এই প্রাথমিক চিকিৎসাটা অনেকেরই জ্ঞানা আছে, তথাপি পরবর্তী চিকিৎসা-প্রণালীর আনুষঙ্গিকরূপে প্রযোজ্য বলিয়া, এস্থলে ইহার উল্লেখ করিতে হইতেছে। এই প্রাথমিক চিকিৎসাটা হইতেছে—সর্পদংশিত স্থানের নিকটে ও দূরে বন্ধনী প্রয়োগ।

(ক) সর্পাঘাত হইবামাত্র তদগেই দংশিত স্থানের ৪।৫ ইঞ্চি দূরে একটা এবং আরও কিছু দূরে দূরে পরপর আরও দুই তিনটা শক্ত করিয়া বন্ধন দেওয়া কর্তব্য। কাপড়ের পাড়, দড়ি (রসি) ইত্যাদি দ্বারা খুব কসিয়া বান্ধন দিতে হইবে—যেন সেই অঙ্গের রক্ত চলাচল সম্পূর্ণরূপে বন্ধ হইয়া যায়। যদি পায়ে দংশন করে, তাহা হইলে দংশিত স্থানের সরিকটে (৪।৫ ইঞ্চি দূরে) এবং উরুদেশে ৪।৫ ইঞ্চি দূরে দূরে আরও ২।৩টা বন্ধনী দেওয়া কর্তব্য। হাতে দংশন করিলেও এইরূপে বান্ধা প্রয়োজন। যে অঙ্গে এইরূপ বান্ধন দেওয়া হইল, সে অঙ্গ চালনা করা এবং সর্প-দষ্ট ব্যক্তির চলা ফেরা নিষিদ্ধ। এইরূপ প্রাথমিক বান্ধন দ্বারা বিষ আর দংশিত স্থান হইতে রক্তস্রোতে মিশ্রিত হইয়া হৃদপিণ্ডে আসিতে পারে না। রোজা বা গ্রায্য সর্প-চিকিৎসকের উপদেশে এই বাধন খুলিয়া দেওয়া কর্তব্য নহে।

(খ) ক্ষিপ্ততা সহকারে উল্লিখিতরূপে বন্ধনী দিয়া অবিলম্বে দংশিত স্থানটী খুব টিপিয়া অর্ধ মিনিটের মধ্যে অন্ততঃ ২।৩ বার রক্ত শোষণ করিয়া দিতে হইবে।

এই ২টি কার্য করার পর বিষনাশক প্রণালী অবলম্বন করিতে হইবে। বলা বাহুল্য সর্প-দংশনের পর

যত সম্ভব এই কার্য গুলি করা যাইবে, ততই রোগীর জীবন নিরাপদ হইবে।

(২) পরবর্তী চিকিৎসা (After treatment) :—

বিষনাশক ঔষধ প্রয়োগ :—সর্পবিষের প্রতিষেধক অনেক ঔষধই এ পর্যন্ত পরীক্ষিত ও ব্যবহৃত হইয়াছে। হৃৎকের বিষয়, কোনটাই প্রকৃত উপকারী বিবেচিত হয় নাই। কিছুদিন পটাশ পারম্যাঙ্গানেট খুব ব্যবহৃত হইয়াছিল এবং এখনও অনেকে ইহা উপকারী বলেন। ইহার বিষয় পরে বলিব। সম্প্রতি আর একটি ঔষধ সর্বাঙ্গপেক্ষা অধিকতর উপকারী বলিয়া ঘোষিত হইয়াছে। ইহা ভিনিগার বা সিক (Viniger—Acetum)। নিয়ে ইহার উপকারিতা ও প্রয়োগ-প্রণালী কথিত হইতেছে।

(ক) ভিনিগার (সিক—Viniger) :—ইহা সর্প-বিষের একটা অব্যর্থ ঔষধ বলিয়া অনেকেই মত প্রকাশ করিয়াছেন। আমি নিজেরও কয়েক স্থানে ইহা প্রয়োগে সফল পাইয়াছি। উপরিউক্ত প্রাথমিক চিকিৎসার পরই অবিলম্বে সর্পদষ্ট ব্যক্তিকে নিম্নলিখিতরূপে ভিনিগার সেবন ও স্থানিক প্রয়োগ করিতে হইবে।

ভিনিগার সেবন-প্রণালী :—২০ বৎসর বা ততোধিক বয়স্ক ব্যক্তিকে—২ড্রাম (১২০ বিন্দু) ভিনিগার সহ ২ ড্রাম (১২০ বিন্দু) পরিষ্কৃত শীতল জল মিশ্রিত করিয়া পান করাওয়া দিতে হইবে। ২০ বৎসরের ন্যূন বয়সকে বয়সানুযায়ী—১১, ১ বা ১/২ ড্রাম ভিনিগার, সম পরিমাণ শীতল জলসহ সেবা।

সর্প-বিষ দেহমধ্যে প্রবিষ্ট না হইলেও, ভিনিগার সেবনে কোনও অপকারের আশঙ্কা নাই। ইহা বেশ নিরাপদেই সেবন করান যায়। সুস্থ শরীরেও অনেকে পরিপাক ক্রিয়ার সহায়তা জন্ত আহাৰ্য্যে ভিনিগার পান করিয়া থাকেন। অনেকে ইহা মাংসের সহিত মিশাইয়া আহাৰ্য্য করেন, তাহাতে মাংস সুস্বাদু হয়। মাছ বা মাংস ভিনিগার দিয়া রন্ধন করিলে, উহা সমস্ত সুসিদ্ধ

হয়। ইহা হইতে সহজেই বুঝা যায় যে—ভিনিগার অপকারী ঔষধ নহে এবং ইহা সেবন করিতেও কোন দ্বিধা করিবার কিছুই নাই।

(খ) দংশিত স্থান কর্তন :- ভিনিগার সেবন করাইবার পরই ১খানি ধারাল ছুরী বা ক্লরের অগ্রভাগ অগ্নি শিখায় উত্তমরূপে পোড়াইয়া লইয়া বিশোধিত করতঃ, তদ্বারা সর্প-দষ্টস্থান অর্ধ ইঞ্চি লম্বা করিয়া চিরিয়া দিতে হইবে—যাহাতে সহজেই ঐ কর্তিত স্থান হইতে রক্ত পড়িতে থাকে। ১/৪ ইঞ্চি গভীর করিয়া কাটিলেই চলিবে। এই কর্তিত স্থানের চতুর্দিকের নিকট আরও ২১৩ স্থানে এইরূপ কর্তন করিতে হইবে। আপনি ক্ষতস্থানগুলি হইতে রক্ত নির্গত না হইলে, উত্তমরূপে টিপিয়া রক্ত বাহির করিয়া দিতে হইবে।

(গ) ভিনিগার বাহ্যিক প্রয়োগ :- ক্ষতস্থান হইতে উল্লিখিত প্রকারে রক্ত বাহির করিয়া দিয়া পরিস্কৃত তুলা বা ন্যাক্ড়া দ্বারা উক্ত ক্ষতস্থানগুলি উত্তমরূপে মুছিয়া শুষ্ক করিতে হইবে। অতঃপর কিকিং এবসরবেণ্ট কটন উল (তুলা, — বোরিক কটন ব্যবহার নিষিদ্ধ) বা সুপরিস্কৃত বস্ত্রখণ্ড ভিনিগারে উত্তমরূপে ভিজাইয়া লইয়া, তদ্বারা পূর্কোক্ত প্রথম বাধনের নিম্নস্থ এবং দ্বিতীয় বাধনের মধ্যবর্তী স্থান সকল ৩৪ মিনিট অন্তর ভিজাইতে হইবে। এইরূপ অর্ধঘণ্টা কাল পর্য্যন্ত চলিবে। ক্ষতস্থানের তুলা বা বস্ত্রখণ্ড মধ্যে মধ্যে ভিনিগার দিয়া ভিজাইয়া দিতে হইবে। উহা রক্তরঞ্জিত হইলে ফেলিয়া দিয়া ক্ষতস্থান মুছিয়া শুষ্ক করতঃ, পুনরায় নূতন তুলা বা ন্যাক্ড়া ভিনিগারে ভিজাইয়া লইতে হইবে। কর্তিত স্থান ব্যতীত, অত্র স্থানে অপর এক ব্যক্তিকে তাহার দুই হাত পরিস্কার জলে ভিজাইয়া, বাধন হইতে আরম্ভ করিয়া ক্ষতস্থান পর্য্যন্ত সজোরে পুনঃ পুনঃ হাত ব্লাইতে বলিতে হইবে।

সর্পদষ্ট স্থানে ভিনিগার প্রয়োগের যতক্ষণ পূর্বে সর্পে দংশন করিয়াছিল, ভিনিগার প্রয়োগের ততক্ষণ পরে সর্পদষ্ট

ব্যক্তির শরীর বিষশূন্য হওয়ার আশা করা যায়। কিন্তু মানব শরীর—অসীম ক্রিয়া-কৌশলময় জটিলতাপূর্ণ কতক গুলি যন্ত্রের সমষ্টি। চিকিৎসা-শাস্ত্রে কোন একটা রোগের কোন নির্দিষ্ট লক্ষণ, কোন দুই ব্যক্তির এক প্রকার হইতে দেখা যায় না। শরীরভেদে এবং সর্পের প্রেণী, বয়স ও দংশনের প্রকারভেদে, বিষের ক্রিয়া কম বেগী হইতে পারে। কাজে কাজেই সর্পদষ্ট ব্যক্তিকে একবার ভিনিগার খাওয়াইবার ১৫২০ মিনিট পরে রোগী কিছু সুস্থ বোধ করিলেও, বুঝিতে হইবে যে, আভ্যন্তরিক বিষ আংশিকভাবে নষ্ট হইয়াছে। সুতরাং আবশ্যক বোধে ১ ঘণ্টা পরে আবার উল্লিখিতরূপে পূর্ণ মাত্রায় ভিনিগার খাওয়ান কর্তব্য।

বিচার্য্য :- বাধন খুলিবার পূর্বে বিশেষ বিবেচনা করিতে হইবে। রোগীর অজ্ঞাতসারে দংশিত স্থানের নিকটবর্তী অঙ্গে সূচ্যাগ্রভাগ দ্বারা বিদ্ধ করিলে কিম্বা চিহ্নটি কাটিলে যদি রোগী অনুভব করিতে পারে এবং আঙ্গুল টানিলে যদি মট্-মট শব্দ হয়, তবেই রোজারো রোগীকে নির্বিষ মনে করিয়া বাধন খুলিয়া দিতে উপদেশ দেয়। কিন্তু স্মরণ রাখা কর্তব্য যে, সুস্থকায় ব্যক্তির অঙ্গে বাধন দিলেও সেই স্থানের অনুভব শক্তি কিকিং ভ্রাস প্রাপ্ত হয়। সুতরাং এই সকল লক্ষণ—নির্বিষ হওয়ার চিহ্ন মনে করিয়া বাধন খুলিয়া দেওয়া কর্তব্য নহে। নির্বিষ হইবার পূর্কোক্ত সময় অতিক্রম করিলেও, আরও ৪৫ ঘণ্টা অপেক্ষা না করিয়া বাধন খোলা উচিত নহে এবং বাধন খোলার ১৫ মিনিট পূর্বে পূর্কোক্ত মাত্রায় একবার ভিনিগার প্রয়োগ করা কর্তব্য। বাধনগুলি খুলিয়া দিয়া উপরের বাধনের দাগ হইতে ক্ষতস্থান পর্য্যন্ত ভিনিগার দিয়া ভিজাইয়া, দুই হাতে সজোরে মর্দন করিতে হইবে। অতঃপর জল দিয়া ভিজাইয়া কিছুক্ষণ পূর্কোক্ত প্রকারে ঘর্ষণ বা মর্দন করিলে রোগী আরাম বোধ করিবে।

বিশেষ ব্যবস্থা :- যদি প্রকাণ্ড ও বিষধর সর্পে দংশন করে এবং বিষের তীব্রতা যদি সাংঘাতিক বৃত্তিতে পারা যায়, তবে কাল বিলম্ব না করিয়া—বাহ্য

প্রয়োগের ভিনিগারের সহিত প্রতি আউন্স ১২ ফোঁটা করিয়া ঝুং এসেটিক এসিড মিশাইয়া প্রয়োগ করা কর্তব্য। ইহার সত্ত্বর উপকার হইবে। খাওয়াইবার ভিনিগারের মাত্রাও কিঞ্চিৎ বর্দ্ধিত করিয়া দিতে হইবে। এসেটিক এসিডও সর্প-বিষের মহৌষধ বলিলে অতুক্তি হয় না। সাধারণ মন্ট ভিনিগারের মধ্যে ১২ ভাগে ১ ভাগ অর্থাৎ প্রতি ড্রামে ৫ ফোঁটা এসেটিক এসিড থাকে। ভিনিগার না পাইলে একভাগ ঝুং এসেটিক এসিডের সহিত আট গুণ পরিষ্কার জল মিশাইয়া লইলেও চলে। তবে ইহা বাহ্য প্রয়োগ ব্যতীত সেবনার্থ ব্যবহার করা কর্তব্য নহে। উক্ত ঔষধ কোনও ধাতু পাত্রে রাখা নিষিদ্ধ। কাঁচের, পাথরের বা পোসিলিনের পাত্রে রাখা কর্তব্য।

রোগীর পরিচর্যা :—রোগী অর্থাৎ সর্পদষ্ট ব্যক্তি যাহাতে ভয়ে জীবনে হতাশ হইয়া না পড়ে সর্বাগ্রেই তাহার ব্যবস্থা করা প্রয়োজন। রোগীকে মাঝে মাঝে উৎসাহ বাক্য দ্বারা আশাবিত্ত করা কর্তব্য। রোগী যদি ঔষধ প্রয়োগের পূর্বেই অজ্ঞান হইয়া থাকে, তবে রোগীকে হাঁ করাইয়া, ভিনিগারে পরিষ্কারে নেকড়া ভিজাইয়া উহা অঙ্গে অঙ্গে টিপিয়া রোগীর মুখে দিতে হইবে এবং আট ভাগ পরিস্কৃত জলের সহিত ১ ভাগ ঝুং এসেটিক এসিড মিশ্রিত করতঃ, প্রতি ঘণ্টায় দষ্ট স্থানে মালিস করিতে হইবে। এ অবস্থায় রোগীর আরোগ্য লাভ সম্ভব কি না, তাহা বলিতে পারি না, তবে রোগী জীবিত থাকিলে জ্ঞান লাভের বিশেষ সম্ভাবনা।

যন্তকে বা জ্বপিণ্ডের নিকটবর্তী স্থানে দংশন করিলে মৃত্যু নিশ্চিত। যে স্থানে বাস্কন দেওয়ার উপায় নাই, সে স্থানে কামড়াইলেও অতি ক্ষিপ্ৰতা সহকারে ভিনিগার বাহ্য প্রয়োগ ও সেবনে এবং যত্ন সহকারে রক্তমোক্ষণ করিতে পারিলে, দংশিত ব্যক্তির প্রাণ রক্ষা হইবার সম্ভাবনা থাকে।

উল্লিখিতরূপে ভিনিগার দ্বারা চিকিৎসা করিয়া গত বৎসর অনেকগুলি সর্পদষ্ট রোগীর প্রাণ রক্ষা পাইয়াছে

বলিয়া আমরা সংবাদ পাইয়াছি। এই সহজসাধ্য ও স্থূলত সর্পদংশন-চিকিৎসা-প্রণালীটা আমরা প্রত্যেক পল্লী চিকিৎসককেই আয়ত্ত করিয়া পরীক্ষা করিতে এবং চিকিৎসিত রোগীর বিবরণ এই পত্রিকার প্রকাশ করিতে অনুরোধ করি।

“ভিনিগার” বা “এসেটিক এসিডের ও সর্পবিষনাশক কোনও শক্তি বা ক্রিয়ার কথা চিকিৎসা-শাস্ত্রে উল্লেখ নাই। কেবলমাত্র পটাশ পারম্যাঙ্গানেটের বিষয়ই উল্লেখ আছে। কিন্তু পটাশ পারম্যাঙ্গানেট সর্পে দংশন মাত্র প্রয়োগে ফল লাভ করা যায় সত্য, কিন্তু বিষ রক্তশ্রোত মধ্যে প্রবিষ্ট হইলে, আর কোনও ফল পাওয়া যায় না; অধুনা ইহা বহু পরীক্ষক ও গবেষক স্বীকার করিয়াছেন।

ভিনিগারের ক্রিয়ার সহিত পটাশ পারম্যাঙ্গানেটের ক্রিয়ার প্রভেদ :—পটাশ পারম্যাঙ্গানেট সর্প-বিষনাশক ঔষধ বলিয়া কথিত হয়। কিন্তু ইহার দ্বারা বেক্রপভাবে সর্প-বিষ নষ্ট হয়, অগ্নিতে লৌহ শলাকা উত্তপ্ত করিয়া লইয়া, তদ্বারা দংশিত স্থান পুড়াইয়া দিলেও, সেইরূপ কার্য সাধিত হইতে পারে। পটাশ পারম্যাঙ্গানেট কেবলমাত্র ক্ষতস্থানের রক্তকণিকা ও মাংসপেশী বিষসহ নষ্ট করিয়া ফেলে, কিন্তু ভিনিগার সর্পদষ্ট রোগীর বিষাক্ত ও বিকৃত রক্তকণিকা এবং মাংসপেশী হইতে সমস্ত বিষ সংগ্রহ করিয়া নষ্ট করিয়া ফেলে। ইহাতে রক্ত ও মাংস পুনরায় স্বাভাবিক বর্ণ ধারণ করে; ইহাই ভিনিগারের বিশেষত্ব।

বোড়া সাপ বিষধর বিছা, কাঁকড়া বিছা, প্রভৃতির দংশনেও ভিনিগার মন্থনশক্তির যত কার্য্য করিয়া থাকে। ইহা বহুস্থানে পরীক্ষিত।

সাবধানতা :—যে ছুরী দ্বারা ক্ষত স্থান চিরিয়া দিতে হইবে—উহা এলকোহল (সুরাসার) বা উগ্র লাইসল, দ্বারা ধোত করিয়া কিম্বা স্পিরিট ল্যাম্পের অগ্নিশিখায় উত্তমরূপে অতুষ্ট করিয়া বিশোধিত করিয়া লওয়া কর্তব্য।

পটাশ পারম্যাঙ্গানেট ও ভিনিগার উভয়ে উভয়ের ক্রিয়ানাশক, সুতরাং একই রোগীতে উভয় ঔষধ প্রয়োগ নিষিদ্ধ। তাহাতে উপকার না হইয়া অপকারেরই সম্ভাবনা অধিক—এমন কি, সত্ত্বর মৃত্যু হওয়াও অসম্ভব নহে।

সর্পবিষ নষ্ট করিতে উগ্র এসেটিক এসিড এবং ভিনিগার অতুলনীয়। স্মরণ রাখা কর্তব্য—**ঝুং এসেটিক এসিড কেবল মাত্র বাহ্য প্রয়োগার্থই ব্যবহৃত হইবে।**

জ্বর—Fever

লেখক—ডাঃ জি বিভূতিভূষণ চন্দ্রবর্তী M. B.

কলিকাতা

—:~:—

সকল ব্যাধির শ্রেষ্ঠব্যাধি “জ্বর”—বিশেষতঃ, এই বাঙ্গালাদেশে। সংসারের সকল জালা, যন্ত্রণা—সুখ দুঃখ নিমিষে তুলাইয়া দিয়া, শুধু জাগিয়া উঠিতেছে—এই জ্বরের বিরাট বিষয় চন্দ্রভূতি।

জ্বরের সম্বন্ধে অনেক কথাই অনেক বার চিকিৎসা-প্রকাশে আলোচিত হইয়াছে। এ সম্বন্ধে পুস্তক পুস্তিকারও অভাব নাই। কিন্তু পল্লীচিকিৎসকের উপযোগী প্রকৃত অভিজ্ঞতাগ্রস্ত—বহুদর্শনলব্ধ আলোচনা, বিরল বলিলেও অতুষ্টি হয় না। জ্বর বলিতে—অনেক দিনব্যাপী জ্বরের কাহিনী—জটিল সমস্তা-সমাধানের সাধনাম দিয়া, কার্যক্ষেত্রের অভিজ্ঞতাবলম্বনে লিপিবদ্ধ করিবার প্রয়াস পাইব। সাধারণ চিকিৎসকগণ বাহাতে সূচাক্রমে জ্বরের চিকিৎসা করিতে পারেন, ইহাই আমার উদ্দেশ্য, এই উদ্দেশ্য সাধনার্থই বর্তমান প্রবন্ধের অবতারণা।

অনেক দিন ব্যাপী জ্বরের তালিকা :—নিম্নলিখিত জ্বরগুলি সাধারণতঃ অধিক দিনব্যাপী জ্বরের অন্তর্ভুক্ত। যথা—

- (১) ম্যালেরিয়া (Malaria);
- (২) টাইফয়েড (Typhoid);
- (৩) প্যারা-টাইফয়েড (Para-Typhoid);
- (৪) টাইফাস (Typhus);
- (৫) কালাজ্বর (Kala-Azar);
- (৬) পায়েমিয়া (Pyamia);
- (৭) সেপ্টিসিমিয়া (Septicæmia),
- (৮) বাতজ্বর (Rheumatic fever);

(৯) নিউমোনিয়া (Pneumonia);

(১০) ব্রঙ্কো-নিউমোনিয়া (Broncho-pneumonia);

(১১) এণ্ডোকার্ডাইটিস (Endocarditis);

(১২) কোলাই ইনফেক্সন (বি-কোলাই জীবাণুর সংক্রমণ জনিত জ্বর—B-Coli infection fever);

(১৩) ইনফ্লুয়েঞ্জা (Influenza);

(১৪) রক্তহীনতাজনিত জ্বর (Anæmia fever);

(১৫) থফিসা (Pthisis);

উল্লিখিত জ্বরগুলির মধ্যে আমরা যেগুলি সচরাচর বেশী দেখিতে পাই, ধারাবাহিকরূপে তাহাদের বিষয় বলিব।

(১) ম্যালেরিয়া জ্বর—Malarial fever :—

ম্যালেরিয়ার বিশেষ পরিচয়—ম্যালেরিয়ার চিরসার্থী বাঙ্গালীর নিকট উল্লেখ বাহ্যিক মাত্র। বাঙ্গালার প্রতি পল্লী হইতেই প্রতিনিয়ত মরণের ক্লীণ কণ্ঠস্বর—ব্যথিতের আর্ন্তনাদ—দয়িতের চিরবিদায়ের হাহাধ্বনি ছাপাইয়া, তুর্ধানিনাদ জাগিয়া উঠিতেছে—এই জনপদবিশ্বংশী ম্যালেরিয়াই প্রবল প্রতাপে। বাঙ্গালার প্রতি পল্লীতে শ্মশানের বিকট মূর্তীর বিভীষিকা—ম্যালেরিয়ারই বিজয় বৈজয়ন্তি বিবোধিত করিতেছে। তাই আজ দিকে দিকে ম্যালেরিয়ার প্রতিকারে প্রবল আলোচনার তীব্র চিন্তাধারা—মূর্ত আকাঙ্ক্ষা জাতিকে স্পন্দিত করিয়া তুলিয়াছে।

কিরূপে ম্যালেরিয়ার উৎপত্তি হয়, তাহা বলিবার আবশ্যক করে না, চিকিৎসকমাত্রেই তাহা জ্ঞাত আছেন। ম্যালেরিয়াবাহী মশক দ্বারা যে মাসুকের মধ্যে ম্যালেরিয়ার আক্রমণ ঘটে, তাহাতে আর মতদেয় নাই। তবে ম্যালেরিয়া-জীবাণুর প্রকৃতি এবং তারতম্য অনুসারে, ম্যালেরিয়া জরের প্রকৃতি সম্বন্ধেও বহু তারতম্য ঘটে এবং এই প্রকৃতি অনুসারে ম্যালেরিয়া জরও বিবিধ শ্রেণীতে বিভক্ত হয়।

ম্যালেরিয়া জরের শ্রেণী বিভাগ (Classification) :—সাধারণতঃ কয়েক প্রকারের ম্যালেরিয়া জর আমরা দেখিতে পাই। যথা :—

- (১) প্রত্যাহিক জ্বর (Quotidian) ;
- (২) একদিন অন্তর পালাজ্বর (Tertian.) ;
- (৩) দুইদিন অন্তর পালাজ্বর (Quartan) ;
- (৪) পক্ষান্তিক পালাজ্বর (Fortnightly or quatuordicimam—কোয়ার্টাউর্ডিসিমাম ;
- (৫) ম্যালিগন্যান্ট টাইপ অর্থাৎ সা ঘাতিক শ্রেণীর ম্যালেরিয়া (Malignant type) ;
- (৬) মাস্কড বা লারভাল ম্যালেরিয়া (Masked or Larval malaria) ;

অনেক স্থলে এমনও দেখা যে, পুনরায় ম্যালেরিয়াগ্রস্ত না হইয়াও, ৬ মাস বা এক বৎসর পরেও পুনরায় (Re-infection) ম্যালেরিয়ার আক্রমণ ঘটে।

ডাঃ ম্যানাবর্গ সাহেবের মতে ম্যালেরিয়া জরের শ্রেণী বিভাগ :—সুপ্রসিদ্ধ ম্যালেরিয়া বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক ডাঃ ম্যানাবর্গ (Dr. Mannaberg) নিম্নলিখিতরূপে ম্যালেরিয়া জরের শ্রেণী বিভাগ করেন।

যথা :—

- (১) কোয়ার্টান (Quartan) ;
- (২) টার্শিয়ান (Tertian) ;

(৩) কোয়ার্টান ও টার্শিয়ানের মিশ্র সংক্রমণ (mixed infection of quartan and tertian type) ;

(৪) লেটেন্ট বা মাস্কড বা লারভাল (Latent or masked or larval) ;

Dr. craig সাহেবের মতে ম্যালেরিয়ার শ্রেণী বিভাগ :—Dr. Craig সাহেব নিম্নলিখিতরূপে ম্যালেরিয়া জরের শ্রেণী বিভাগ করেন। আজকাল এই মতেই ম্যালেরিয়া জরের শ্রেণী বিভাগ করা হয়। যথা :—

(১) কোয়ার্টান (Quartan) ;

(২) টার্শিয়ান বা প্লাজমোডিয়াম ভাইভাক্স (Tertian or plasmodium vivax) ;

(৩) টার্শিয়ান এসটিভো-আটোম্নাল (Tertian astivo automnal)—ইহার মধ্যে ম্যালিগন্যান্ট বা পানিসাস ম্যালেরিয়া ধরা হয়।

(৪) কোটেডিয়ান (Quotidian) ;

লক্ষণ (Symptoms) :—ম্যালেরিয়া জরের সাধারণ লক্ষণ সম্বন্ধে বিশেষ কিছু বলিবার নাই। টার্শিয়ান, (Tertian), ডবল টার্শিয়ান (Double tertian) ইত্যাদি সাধারণ প্রকার জরে, জর আসিবার পূর্বে কম্প বা শীত প্রধান লক্ষণ। মাথাধরা, গা বমি বমি করা, কোমর পিঠ কন্ কন্ করা, সর্কশরীর ম্যাজমেজে ইত্যাদি উপস্থিত হইয়া হাত পা শীত করে, তারপর কম্প বা শীত, অতঃপর উত্তাপ বৃদ্ধি হয়। এই সঙ্গে পিপাসা, বমন, মাথাধরা ইত্যাদি জরের সাধারণ লক্ষণ গুলি প্রকাশ পায়। অতঃপর ঘাম হইয়া উত্তাপ কম পড়ে—জর ছাড়িয়া যায়। এইরূপে সময়ান্তরে পুনঃ পুনঃ জর হওয়া, ম্যালেরিয়া জরের সাধারণ লক্ষণ।

সাধারণতঃ এইরূপ উপসর্গবিহীন তরুণ ম্যালেরিয়া জরের চিকিৎসা সম্বন্ধেও বিশেষ কোন বিশেষজ্ঞ নাই। ম্যালিগন্যান্ট ম্যালেরিয়া অর্থাৎ বিশেষ বিশেষ উপসর্গযুক্ত

সাংঘাতিক শ্রেণীর অরের চিকিৎসার্থই আমাদেরকে বিশেষ বেগ পাইতে হয়—রোগীও বেশী ভোগে। এই শ্রেণীর অর সম্বন্ধেই একটু বিস্তৃত ভাবে আলোচনা করিব।

ম্যালিগ্‌ন্যান্ট বা পানিসাঁস ম্যালেরিয়া অরের অবস্থা বিভাগ :-
সম্মারণতঃ নিম্নলিখিত কয়েক প্রকার অবস্থাপন্ন ম্যালিগ্‌ন্যান্ট ম্যালেরিয়া অর দেখা যায়। যথা :-

(১) কোমাটোজ অবস্থা (Comatose type) ;

(২) প্রলাপ সংযুক্ত অবস্থা (Delirious type) ;

(৩) স্পাস্টিক অবস্থা (Spasmodic type) ;

(৪) পাকস্থলী সংক্রান্ত উপসর্গযুক্ত অবস্থা (Gastric type) ;

(৫) রক্তমাশয়িক অবস্থা (Dysenteric type) ;

(৬) কলেরার লক্ষণযুক্ত অবস্থা (Choleric type) ;

(৭) শৈত্যযুক্ত অবস্থা (Algid type) ;

(৮) নিউমোনিয়ার লক্ষণযুক্ত অবস্থা (Pneumonic type) ;

(৯) রক্তস্রাবিক অবস্থা (Hæmorrhagic type) ;

(১০) কার্ডিয়ালজিক অবস্থা (Cardialgic type) ;

(১১) পৈত্তিকতা লক্ষণযুক্ত অবস্থা (Belious type) ;

উল্লিখিত বিভিন্ন অবস্থাগুলির সম্বন্ধে যথাক্রমে আলোচনা করা যাইতেছে।

(১) কোমাটোজ টাইপ (Comatose type) :- ম্যালিগ্‌ন্যান্ট ম্যালেরিয়া অরে অনেক সময় রোগী সংজ্ঞাহীন (Coma) হইয়া পড়ে। এইরূপ অরকে “কোমাটোজ টাইপ” বলে। কোমাটোজ অবস্থা দুই প্রকারের দেখা যায়। এক প্রকার কোমাটোজ অবস্থা অতি অত্যন্তভাবে অর্থাৎ অরাক্রমণের সঙ্গে সঙ্গেই রোগী সংজ্ঞাহীন হইয়া পড়ে। এই অবস্থা এরূপ সহসা উপস্থিত হয় যে, রোগী নিজেও বুঝিতে পারে না। এই অবস্থা অতীব সাংঘাতিক। ইহাতে প্রায় রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। এই অবস্থায় রোগীর মুখমণ্ডল লালবর্ণ, গাত্রচর্ম শুষ্ক ও উষ্ণ, চক্ষু তারকা সঙ্কুচিত (Pupils contracted), নাড়ী পুষ্ট ও ধীরগতি বিশিষ্ট (full bounding pulse), শব্দ ও কষ্টকর শ্বাস প্রশ্বাস এবং গাত্রোত্তাপ ১০৩—১০৪ ডিগ্রী বা স্বাভাবিক অপেক্ষাও উত্তাপ হ্রাস লক্ষিত হয়। অনেক স্থলে ৪৮ ঘণ্টার মধ্যে রোগীর মৃত্যু হইতে দেখা যায়। এই অবস্থার সহিত সংজ্ঞাস (Apoplexy) রোগের ভ্রম হইতে পারে। দ্বিতীয় প্রকার অবস্থা ধীরে ধীরে উপস্থিত হয়, অর্থাৎ অরাক্রমণের পর ক্রমে ক্রমে রোগীর জ্ঞান বিলুপ্ত হইতে থাকে। রোগী ভুল বকে, কেমন যেন জড়তা বা পন্ন হয়, ছটফট করে এবং রোগীর মানসিক অবসাদ উপস্থিত হয়। ক্রমে জ্ঞান লোপ হইতে থাকে এবং পরে সম্পূর্ণরূপে রোগী অজ্ঞান হইয়া পড়ে। এই অবস্থায় রোগীর গাত্র ও চক্ষু হরিজা বর্ণবিশিষ্ট হওয়ায় পীতজরের (yellow fever) সঙ্গে ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু ইয়েলো ফিভার এদেশে প্রায় হয় না।

(২) ডিলিরিয়াস অর্থাৎ প্রলাপ যুক্ত অবস্থা (Delirious type) :- ম্যালিগ্‌ন্যান্ট ম্যালেরিয়ায় অনেক সময় রোগীর এরূপ উগ্র প্রলাপ উপস্থিত হয় যে, দেখিলে প্রথমতঃ তাহাকে উন্মাদ বলিয়া বোধ হয়। এখানে একটা রোগীর বিষয় উল্লেখ করিতেছি।

অনেক দিনের কণা, তখন আমার পঠিকাশা ; মেডিক্যাল

কলেজ : স্পিট্যাল হইতে ঘরে ফিরিতেছি, পথে দেখি একটা লোক আমার দিকে আসিতেছে। লোকটাকে পাগল বলিয়াই মনে হইল। সে নিকটে আসিয়া আমার হাতে একখানা কাগজ দিল। দেখিলাম—তাহাতে পাগল গারদে বাইবার কথা লেখা আছে। ধারণা বন্ধমূল হইল। কাগজ ফেরৎ দিয়া চলিয়া বাইবার উপক্রম করিতেছি, লোকটা বলিল—“বাবু! আমার হাতটা ধ’রেই দেখুন, গরীব বলে কি আমাদের প্রাণের কোন দাম নেই? একবার হাতটা ধ’রেই দেখুন, একটু দয়াই না হয় ক’রলেন। ফিরিলাম এবং লোকটার হাত দেখিলাম। নাড়ী (Pulse) দেখিয়া বুঝিলাম, খুব সম্ভব তাহার ১০৫ ডিগ্রি জর বর্তমান রহিয়াছে। ইহা দেখিয়া তাহাকে সঙ্গে করিয়া লইয়া ক্লিনিক্যাল রুমে (রোগী-পরীক্ষা-গৃহে) গেলাম। অতঃপর রক্ত পরীক্ষা করিয়াই চক্ষু স্থির! প্লাইড ক্রিসেন্ট ফর্মের ম্যালেরিয়াল প্যারাসাইটে (Crescent form malarial Paracites) পরিপূর্ণ। লোকটা হস্পিটালে স্থান পাইল এবং চিকিৎসায় নিরাময় হইয়া চলিয়া গিয়াছিল।

(৩) আক্কেপ সংযুক্ত অবস্থা (Spasmodic or Eclamptic type) :—জরের সঙ্গে রোগীর আক্কেপ (খঁচুনি—Convulsion) হইয়া থাকে। এতদ্ব্যতীত ইহার সহিত সেরিব্রাল মেনিঞ্জাইটিসের ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু এই প্রকার জরে কুইনাইন বা এরিট্রোটিন প্রভৃতি ম্যালেরিয়ানাশক ঔষধ প্রয়োগ করিলে উপকার হইতে দেখা যায়; কিন্তু সেরিব্রাল মেনিঞ্জাইটিসে (Cerebral meningitis) উপকারের পরিবর্তে অপকারই হইয়া থাকে।

(৪) পাকস্থলী সংক্রান্ত উপসর্গযুক্ত অবস্থা (Gastric type) :—কম্প বা উত্তাপাবস্থায় উপর পেটে (epigastrium) অসহ্য বেদনা হয়। জর কমিবার সঙ্গে এই বেদনার উপশম হইয়া থাকে। বেদনা কখন কখন উপর পেটের দিক হইতে মেরুদণ্ডের দিকে

প্রসারিত হইতে দেখা যায়। বুকের উপর ভার বোধ হয়। উদরশূলও (Cardialgia) এইরূপ ব্যথা হইতে দেখা যায়। এই প্রকার জরে হিকা, বমন, কখন কখন রক্তবমন হইয়া থাকে। রক্ত বমন হইলে রোগী হঠাৎ কোল্যাপ্স হইয়া মারা যাইতে পারে।

(৫) রক্তমাশয়িক অবস্থা (Dysenteric type) :—এই প্রকার জরে, জরের সঙ্গে সঙ্গে রক্তমাশয়ের লক্ষণ উপস্থিত হইয়া থাকে।

(৬) কলেরার লক্ষণযুক্ত অবস্থা (Choleric type) :—এই প্রকার জরে, জরের সঙ্গে সঙ্গে কলেরার জ্বর লক্ষণসমূহ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। “চাউল পোয়া জলের জ্বর (Rice water stool) ভেদ, বমন, প্রস্রাববদ্ধ, হাত পা এবং পেটে খিল ধরা, নাড়ী ছাড়িয়া যাওয়া, সর্কাস শীতল প্রভৃতি কলেরার সমুদয় লক্ষণই উপস্থিত হয়। রক্ত পরীক্ষায় প্রাকৃত পীড়া নির্ণীত হইয়া থাকে। পক্ষান্তরে, এই প্রকার জরে অবিকল কলেরার জ্বর ভেদবমি হইলেও, কলেরার মলে যেরূপ এক প্রকার ‘আস্টে’ গন্ধ থাকে, ইহাতে মলের গন্ধ সেরূপ (smell of Cholera stool) হয় না।

(৭) এল্জিড বা শৈত্যযুক্ত অবস্থা (Algid type) :—এই প্রকার জরে, উত্তাপ বৃদ্ধির পরিবর্তে সহসা দেহ বরফের জ্বর শীতল এবং রোগীর মুখের অবস্থা বিকৃত (Hippocratic faces), চক্ষু কোটরাগত, চক্ষুতীরকা প্রসারিত (dilated pupils), সর্কাস ঘর্ষাভিষিক্ত, জিহ্বা শুষ্ক ও শীতল; নাড়ী দ্রুত, ক্ষীণ এবং গতি সবিরাম Intermittent), শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত ও স্বল্পস্থায়ী এবং অনিয়মিত (Irregular) হয়। রোগীর জ্ঞান প্রায় অক্ষুণ্ণ থাকে। হৃদপিণ্ডের শব্দ প্রায় শ্রুত হয় না।

(৮) নিউমোনিক অবস্থা (Pneumonic type) :—এই প্রকার জরে, জরের সঙ্গে সঙ্গে

নিউমোনিয়ার লক্ষণ বিশেষ ভাবে উপস্থিত হয়। অরাক্ষণের সঙ্গেই রোগীর বুকে পিঠে বেদনা, শ্বাসপ্রশ্বাসে কষ্ট এবং গয়েয়ে রক্ত লক্ষিত হইয়া থাকে। ফুস্ফুস আকর্ষণে ফুস্ফুসের সম্মুখ ও পশ্চাদিকে রালস্ (Rales) এবং স্থানে স্থানে ক্রেপিটেশন (Crepitation) শব্দ শ্রুত হয়। নিউমোনিয়ার লক্ষণ বৈরূপ সহসা উপস্থিত হয়, তেমনই আবার হঠাৎ তিরোহিত হইতেও দেখা যায়।

(৯) রক্তস্রাবিক অবস্থা (Hæmorrhagic type) :—এই প্রকার অরে, রোগীর শরীরের যে কোন স্থান হইতে রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়। সাধারণতঃ নাসিকা, মুখ বা অন্ত্র হইতে রক্তস্রাব হইয়া থাকে। এই সঙ্গে রোগীর প্লীহায় ও বুকের উপর বেদনা বর্তমান থাকে।

(১০) কার্ডিয়ালজিক অবস্থা (Cardialgic type) :—এই প্রকার অরে, অরের সঙ্গে সঙ্গে রোগীর উদরশূল অর্থাৎ উদরে তীব্র বেদনা হইতে দেখা যায়।

(১১) পৈত্তিকতা লক্ষণযুক্ত অবস্থা (Bilious type) :—এই প্রকার অরে, অরের সঙ্গে

রোগীর দেহচর্মে হরিদ্রাভবর্ণ বিশিষ্ট, পিত্তবমন, মল পিত্তযুক্ত, নাক দিয়া রক্তপাত এবং রক্তবর্ণ প্রস্রাব হইতে দেখা যায়। ক্রমে রোগীর প্রলাপ উপস্থিত হয় এবং রোগী অচেতন হইয়া পড়ে। পেটে অসহ্য বেদনা, হিকা উদরাগ্নান হইতে পারে।

চিকিৎসা (Treatment) :—ম্যালেরিয়া জ্বরের একমাত্র মহৌষধ যে, কুইনাইন ; চিকিৎসকগণ তো দূরের কথা, অশিক্ষিত গৃহস্থও তাহা ভালরূপে জানেন। তবে ইহার প্রয়োগ সম্বন্ধেই যত সমস্তা। বলা বাহুল্য, কুইনাইন প্রয়োগ বিষয়ে যথোচিত অভিজ্ঞতা থাকা প্রয়োজন। এই অভিজ্ঞতার অভাবেই অনেক সময়ে এই ব্রহ্মাস্ত্রও (কুইনাইন) নিফল—পরন্তু সমূহ অপকারের কারণ হইতে দেখা যায়। বাহা হউক, ম্যালেরিয়ার চিকিৎসা সম্বন্ধে আধুনিক চিকিৎসা-জগতের সর্বশ্রেষ্ঠ চিকিৎসকগণের অভিমত উল্লেখ করিয়া, তৎপরে আমরা আমাদের ব্যক্তিগত অভিজ্ঞতার বিষয় পাঠকগণের গোচরীভূত করিব।

(ক্রমশঃ)

লোবার নিউমোনিয়া—Lobar Pneumonia.

লেখক—ডাঃ শ্রী ব্রজেন্দ্রচন্দ্র ভট্টাচার্য্য L. M. F.

মেডিক্যাল অফিসার, অস্টগ্রাম চ্যারিটেবল ডিস্পেন্সারী
ময়মনসিংহ।

(পূর্বে প্রকাশিত ২২শ বর্ষের (১৩৩৬) ১২শ সংখ্যার (চৈত্র) ৬১৩ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—:~::~~:—

ইহাতে কফ সরল হয় এবং বুকের বেদনা ও শ্বাসকষ্ট অনেকাংশে উপশমিত হইয়া থাকে। পুরাতন ঘৃত, অভাবে খাঁটা সরিষার তৈল ও লাইকর এমন ফোর্ট (Liq. ammon. fort) সমপরিমাণে একত্র করিয়া কিম্বা

লিনিমেন্ট ক্যাম্ফর কো: (Lint. Camphor Co.) আক্রান্ত স্থানে মালিষ করিলে উপকার পাওয়া যায়। পাতলা ক্লানেল দ্বারা বুক ঢাকিয়া বুক গরম রাখা দরকার। এন্টিফ্লোগিস্টিন (Antiphlogistin), থার্মোফিউজ্

(Thermofuse) প্রভৃতি সৌখিন ঔষধ আমি সাধারণতঃ ব্যবহার করি না। কারণ, ডিষ্টিল্ট বোর্ডের দাতব্য চিকিৎসালয়ে এই সকল ঔষধ সরবরাহ করা হয় না, আর আমার গরীব রোগীদের পক্ষেও তাহা সংগ্রহ করা সম্ভব হইয়া উঠে না। প্রতিবেশী ও সন্নিকটবর্তী ডাক্তার মহোদয়ের প্রণা ও রীতির খাতিরে এবং মূল্যবান পেটেন্ট ঔষধের প্রতি সর্ব সাধারণের বিশেষ আস্থা থাকায়, অবস্থাপন্ন রোগীদের নিজ খরচে এন্টিফোজিস্টিন্ ও অন্যান্য মূল্যবান ঔষধ কিনিতে মাঝে মাঝে বাধ্য হইতে হয়। এই সকল ঔষধ যে ফল প্রদ; তাহাতে সন্দেহ নাই। কিন্তু উপরোক্ত সহজপ্রাপ্য সুলভ ঔষধের অপেক্ষা এই সকলের কার্যকারিতা বেশী, এ কথা আমি বলিতে পারি না। ছোট লাল পিয়াজ বারহুন সরিষার তৈলে ভাজিয়া ছাঁকিয়া, সেই তৈল গরম অবস্থায় বুকে মালিশ করিতে আমি ব্যবস্থা করিয়া থাকি। ইহার প্রয়োগ সুবিধাজনক ও কার্যকরী। তবে ইহার দুর্গন্ধই আপত্তিজনক।

জল চিকিৎসা (Hydro-therapy) :—

নিউমোনিয়া পীড়ায় রক্তস্থ বিষাক্ত জিনিষ পাতলা করিয়া শরীর হইতে বাহির করিয়া দিবার জন্ত, রোগীকে প্রচুর পরিমাণে জল খাইতে দেওয়া উচিত। ইহাতে আভ্যন্তরিক জল-চিকিৎসার উদ্দেশ্যও সিদ্ধ হয়। অত্যধিক শারীরিক উত্তাপ না থাকিলেও, নিউমোনিয়া রোগীকে প্রত্যহ ভালরূপে স্পঞ্জ (Sponge) করা উচিত; ইহা স্বনামধন্য ডাঃ অসলার (Osler) মহোদয়ের অভিমত। পল্লীগ্রামে নিউমোনিয়া রোগীকে স্পঞ্জ করা সম্ভবপর নয়। অনেক সময় নানা প্রণা ও রীতির প্রচলনের জন্ত ও আত্মীয় স্বজনদের অস্পষ্টোচ্চারিত আপত্তিতে—বিশেষতঃ, আমাদের সাহস ও দৃঢ় বিশ্বাসের অভাববশতঃ জলের যথোচিত ব্যবহার সম্ভব হইয়া উঠে না।

পথ্য (Diet) :—নিউমোনিয়া রোগীকে সহজপাচ্য ও সহজে শরীরে গ্রহণীয় তরল পথ্য ব্যবস্থেয়। এতদর্থে মাগু, নার্সি, শর্টী, এরাবুট, গ্লুকোজ (Glucose) প্রভৃতি শ্বেতসারজাতীয় খাদ্য (Carbo-hydrates)

প্রচুর পরিমাণে রোগীকে খাইতে দেওয়া যাইতে পারে।

দুগ্ধ :—অনেক সুবিজ্ঞ চিকিৎসকের মতে নিউমোনিয়া রোগীর পক্ষে দুগ্ধ অতি উত্তম পথ্য। আমি কিন্তু এমতের সমর্থন করিতে পারি না। জরের তরুণাবস্থায় (নিউমোনিয়াও একটি জর বিশেষ) পাকস্থলীর পাচকরস পরিমাণে ও গুণে হ্রাসপ্রাপ্ত হইয়া পড়ে। (পাকস্থলীর পাচকরসে যে হাইড্রোক্লোরিক এসিড থাকে, তাহারও অভাব হইতে পারে) যদিও নিউমোনিয়ায় অনেক স্থলে গ্রাস্ট্রিক গ্যাণ্ড (Gastric gland) অকর্মণ্য হইয়া পড়ে না, তথাপি এই অবস্থায় হৃৎপিণ্ডের ছানা জাতীয় পদার্থ হজম হয় না। জর সংক্রান্ত ব্যাধিতে শরীরের তাপ অনেক খরচ হইয়া যায় কাজেই শরীরের কার্যকারিতা শক্তির ও তাপের ক্ষতি পূরণের জন্ত শ্বেতসারজাতীয় খাদ্যের (Carbo-hydrates) বিশেষ প্রয়োজন হইয়া পড়ে। সে কারণে শ্বেতসারজাতীয় জিনিষের অভাব হওয়ার সম্ভাবনা এবং হৃৎপিণ্ডের মাখন জাতীয় জিনিষ বিকৃতাবস্থা প্রাপ্ত হইতে পারে। মাখন জাতীয় জিনিষ, শ্বেতসার জাতীয় জিনিষের অগ্নিতে দগ্ধ হইয়া থাকে (fats burn in the fire of Carbo-hydrates)। ইহার ফলে বিপজ্জনক কেটোসিস (Ketosis) অর্থাৎ বৈকারিক লক্ষণ দেখা দিবে।

হৃৎপিণ্ড ক্যালসিয়াম যথেষ্ট পরিমাণ আছে। ক্যালসিয়াম সব সময়ে রক্তেও বিद्यমান থাকে। এই ক্যালসিয়াম—ফাইব্রিন ফারমেন্টকে (fibrin ferment) কার্যকরী করিয়া তুলে; এই ফাইব্রিন ফারমেন্টের জন্তই ফুসফুস নিরেট অবস্থা প্রাপ্ত হয়। যতদিন পর্যন্ত ফাইব্রিনের জালের ঘরায় (Mesh-) রক্তকণিকা বর্তমান থাকিবে অর্থাৎ যতদিন পর্যন্ত ফুসফুসের রেড্ হিপাটিজেশন অবস্থা স্থায়ী থাকিবে, ততদিন হৃৎপিণ্ড (হৃৎপিণ্ড ক্যালসিয়াম আছে) পথ্যরূপে ব্যবহৃত হওয়া উচিত নয়। পরবর্তী অবস্থায় যখন ফাইব্রিন ও লাল রক্তকণিকা অদৃশ্য হইয়া যাইবে অর্থাৎ ফুসফুসের গ্রে-হিপাটিজেশনের অবস্থা প্রাপ্ত হওয়ার পর হইতেই, কেবল দুগ্ধ পথ্যরূপে ব্যবহার করা যাইতে পারে। এই সময় হৃৎপিণ্ড

সহিত জলসাপ্ত, জলবার্লি, জলশটী ইত্যাদি মিশ্রিত করিয়া ব্যবহার করিলে আরও ভাল হয়। এই অবস্থায় পথ্যের জন্ত রোগীর প্রবল ইচ্ছাতে বৃষ্টিতে পারা যায় যে, পাচক গ্রন্থি (Gastric glands) কার্যোপযোগী হইয়াছে। কাজেই দুধের ছানা (Protein of milk) অপরিপাক পাওয়ার সম্ভাবনা থাকে না। পক্ষান্তরে, নিউমোনিয়ার উৎকট আক্রমণবশতঃ শরীরের ধ্বংসপ্রাপ্ত কৌসিক বিধানের ক্ষতি পূরণের জন্ত ছানা জাতীয় খাদ্যের প্রয়োজন হয়।

পীড়ার অতি তরুণাবস্থায় যখন লালাগ্রন্থি (Salivary glands) পর্যাপ্ত অকর্মণ্য হয় এবং মুখ শুষ্ক (Mouth is dry) বর্তমান থাকে, তখন শর্করা বা খেতসারজাতীয় খাদ্যও পরিপাক পাইতে পারে না। এই অবস্থায় কেবল বিশুদ্ধ ফুটান ঠাণ্ডা জলই (pure boiled water) প্রকৃষ্ট পথ্য।

জরের তরুণাবস্থায় এবং যখন শারীরিক উত্তাপ খুব বেশী থাকে, তখন দুধ পথ্য বন্ধ রাখাই সম্ভব। যদি নিতান্তই দুধ দিতে হয়, তাহা হইলে সব ক্ষেত্রেই শর্করা বা খেতসারজাতীয় তরল পথ্যের সহিত দুধ মিশ্রিত করিয়া ব্যবহার করা উচিত। নতুবা কেটোসিসের (Ketosis) লক্ষণ প্রকাশ পাওয়ার সমূহ সম্ভাবনা। কোন কোন চিকিৎসক দুধের সহিত ব্র্যান্ডি (Brandy), হুইস্কি (Whisky) অথবা রম (Rum) মিশ্রিত করিয়া ব্যবহার করিতে পরামর্শ দেন।

চিকিৎসকের ব্যবস্থা মত ডালিম, বেদানা, আনার, আঁদুর, কমলালেবু প্রভৃতি ব্যবহার করা যাইতে পারে।

রোগীর অবস্থার হিত পরিবর্তনের সঙ্গে সঙ্গে সতর্কতার সহিত স্বাভাবিক পথ্যের দিকে দ্রুত অগ্রসর হওয়া কর্তব্য।

ঔষধীক চিকিৎসা (Medicinal treatment) :—নিউমোনিয়া পীড়ায় ব্যবহার্য নিয়মিত কয়েকটি বিশেষ ঔষধ সম্বন্ধে কিছু বলিব।

(১) টিং ফেরি পারক্লোরাইড (Tr. ferri Perchloride) :—ইহা নিউমোককাস ও ট্রেপ্টোককাসের পক্ষে মারাত্মক বিষায়, ইহা নিউমোনিয়াতে বিশেষ কার্যকরী হয়। সর্ববাদীসম্মত অভিমত এই যে, ট্রেপ্টোককাস সংক্রান্ত ব্যাধি মাত্রেই টিং ফেরি পারক্লোরাইড বিশেষ ফলপ্রদ। আমার দৃঢ় বিশ্বাস— টিং টিল দ্বারা অর্থাৎ শরীরে ইহার বিদ্যমানতাবশতঃ নিউমোককাস জীবাণু দুর্দশাগ্রস্ত হয়। যদি এই মতও আপত্তিজনক হয়; তাহা হইলেও অল্প উদ্দেশ্য সাধনে ইহা উপকারী হইয়া থাকে। নিউমোককাস ও ট্রেপ্টোককাসের মধ্যে ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ থাকিলেও, নিউমোনিয়ার রোগ-তীব্রতা ও মারাত্মকতা—নিউমোককাস অপেক্ষা, ট্রেপ্টোককাসের উপর বেশী নির্ভর করে। টিং ফেরি পারক্লোরাইড ফুসফুসের রক্তাধিক্য হ্রাস করায় ফুসফুস হইতে রক্তস্রাব বন্ধ হয়। পক্ষান্তরে, ইহা রক্তের রোগজীবাণু-ধ্বংসকারিণী শক্তি বৃদ্ধি করে, ইহা একটা উত্তম বলকারক ঔষধ এবং ইহা ট্রেপ্টোককাসের উপর মারাত্মক ক্রিয়া প্রকাশ করে। এই সব দৃষ্টে ইহা অবশ্যই স্বীকার্য যে, টিং ফেরি পারক্লোরাইডের ব্যবহার অপ্রয়োজনীয় নহে—পরন্তু, নিতান্তই দরকার। টিং ফেরি পারক্লোরাইড প্রয়োগ করার ২৪ ঘণ্টার পরই পার্শ্ববেদনার উপশম হইতে দেখা যায়, ইহাও ইহার একটা বিশেষ উপযোগিতা।

(২) কুইনাইন (Quinine) :—নিউমোনিয়াতে কুইনাইনের ব্যবহার বিশেষ ফলপ্রদ। কুইনাইন বহু রোগজীবাণুর বিষক্রিয়া নষ্ট করে; কিন্তু কি ভাবে যে, এতদ্বারা জীবাণুজ বিধ নষ্ট হয়; তাহা এখনও পরিষ্কার বুঝা যায় নাই। ডাক্তার মাত্রেই স্বীকার করেন যে, ম্যালেরিয়া সংক্রান্ত নিউমোনিয়াতে কুইনাইন বিশেষ উপকারী এবং ইহা অবশ্য প্রযোজ্য। এ সকল কথা স্বনামধন্য ডাঃ বার্গিও উল্লেখ করিয়াছেন। গ্রীষ্মপ্রধান স্থানের অধিবাসীদের রক্তে অল্প বিস্তর ম্যালেরিয়ার

বিব আছে। কাজেই কুইনাইন ব্যবহার করার যুক্তি, সঙ্গত বলিয়াই মনে হয়। ডাঃ হুইটলা বলেন যে, কুইনাইন ব্যবহারের একমাত্র অন্তরায় এই যে—ইহা (কুইনাইন) শ্লেষ্মা শুষ্ক করিয়া দেয়। নিম্নলিখিত ব্যবস্থাটি বেশ কার্য্যকরী বলিয়া মনে হয়।

১। Re.

কুইনাইন সালফ্	...	২ গ্রেণ।
টিং ফেরিপারক্লোরাইড	.	১০ মিনিম।
ম্যাগ্ সালফ্	...	১/২ ড্রাম।
লাইকর অর্জুন এট্ ক্যাক্টাস কোঃ		২০ মিনিম।
টিং ডিজিটেলিস্	...	১০ মিনিম।
লাইকর ষ্ট্রিকনাইন	...	৫ মিনিম।
একোয়া	...	এড্ ১ আউন্স।

একত্র করতঃ ১ মাত্রা, এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেবা।

এই মিশ্র কাল রং বিশিষ্ট, কিন্তু বেশ কার্য্যকরী। মিশ্রের রংকে ইহার ব্যবহারের অন্তরায় মনে করা সঙ্গত নয়।

ইহা মনে রাখিতে হইবে যে, রোগজীবাণুর বিষক্রিয়া নষ্ট করিবার উদ্দেশ্যে কুইনাইন ১—৩ গ্রেণ মাত্রায় ব্যবহার করা কর্তব্য। বেশী পরিমাণে ও জরয় মাত্রায় ইহা ব্যবহার করিলে, উপকারের পরিবর্তে অপকারই হইতে দেখা যায়। যাহারা এইরূপ অধিক মাত্রায় ইহা ব্যবহার করিয়াছেন, তাঁহারা স্নফলের পরিবর্তে কুফল হইতে দেখিয়া, অতঃপর আর ইহা ব্যবহার করিতে ইচ্ছা করেন না। কুইনাইন অল্পমাত্রায় প্রয়োগ করিলে সাধারণতঃ শ্লেষ্মা (sputum) শুষ্ক হয় না।

(৩) ষ্ট্রিকনাইন ও ডিজিটেলিস (Strychnine and Digitalis) :— ডাঃ অস্লাম (Dr. Osler) মহোদয় বলেন যে, ষ্ট্রিকনাইন শ্বাসপ্রশ্বাসীয় মায়ুকেন্ড্রের (Respiratory centre) উপর কার্য্যকরী হওয়ায়, ইহা দ্বারা উপকার পাওয়া যায়। এতদ্ব্যতীত

লাইকর ষ্ট্রিকনাইন (Liquor Strychnia) বেশ উপযোগী।

কেহ কেহ বলেন যে, ডিজিটেলিস এই পীড়ায় উপকারী হইলেও, ইহা অবিরত ব্যবহার করা কর্তব্য নহে। কিন্তু নিউমোনিয়া রোগীর হৃৎক্রিয়া হ্রাসিত (heart failure) হইয়াই সাধারণতঃ মৃত্যু ঘটে। ডিজিটেলিসের ক্রিয়া ২৪—৭২ ঘণ্টার মধ্যেই উপস্থিত হইতে দেখা যায়। আমরা অনেক সময়েই নিউমোনিয়া রোগীকে প্রথম অবস্থায় পাই না এবং এই রোগের ভোগকালও অল্প (short)। এই সকল কারণে নিউমোনিয়ার প্রথম হইতেই আমি ডিজিটেলিস ব্যবহার করিয়া থাকি। কেবল অতিশয় পেটকাঁপা ও উদরাময় বর্তমানে ইহা ব্যবহার করা সঙ্গত নহে, সুতরাং এরূপ ক্ষেত্রে উল্লিখিত ১নং মিশ্র ব্যবহার করা যায় না। এই সকল উপসর্গে মৃত্যুহার বেশী হয়।

(৪) ঘর্মকারক ও মূত্রকারক ঔষধ (Diphoretic and Diuretics) :—

ঘর্মকারক ও মূত্রকারক ঔষধ দ্বারা ঘর্ম ও মূত্রের সহিত শরীর হইতে বিষাক্ত জিনিষ বাহির হইয়া যায়। ডাঃ হুইটলা বলেন যে, কুসুম্বসের নিরেট স্থানের বৃদ্ধি পাওয়া বন্ধ করিবার উদ্দেশ্যে (Prevent the spread of the consolidation in the affected lungs) এবং রক্তের ক্যালসিয়াম কমাইবার জন্ত (to decalcify the blood) পটাশ সাইট্রাস বিশেষ উপযোগী ও উপকারী। ক্ষার জাতীয় ঔষধ (alkalies) শ্লেষ্মাকে তরল এবং কেটোসিস (ketosis) নষ্ট করে। পক্ষান্তরে, ইহা কুইনাইন ব্যবহারের ফলে কফ শুষ্ক হইবার সম্ভাবনা কমায়। নিউমোনিয়াতে লবণ বা সোডিয়াম ক্লোরাইড (Sodium Chloride) শরীর হইতে বহিষ্কৃত হইয়া যায়, সেই ক্ষতি পূরণের জন্ত সোডিয়াম ক্লোরাইডের ব্যবহার প্রয়োজন। ইহা (সোডিয়াম ক্লোরাইড) কুসুম্ব হইতে রক্তশ্রাব বন্ধ করে। এতদ্ব্যতীত পূর্বোক্ত ১নং মিশ্রচারের

(কুইনাইন ও লোহ ষটিত মিশ্রের) সঙ্গে পর্যায়ক্রমে নিম্নলিখিত মিশ্রটি যোগ্যতার সহিত ব্যবহার করা যায় ।

২। Re.

পটাশ সাইট্রাস	...	১৫ গ্রেণ।
ভাইনাম ইপিকাক	...	৫ মিনিম।
স্পিরিট ইথার নাইট্রিক	...	১৫ মিনিম।
সোডা বাইকার্স	...	১০ গ্রেণ।
সোডিয়াম ক্লোরাইড্	...	৫ গ্রেণ।
সিরাপ বাসক এট্ কসিলেনা কো:	১/২ ড্রাম।	
লাইকর এমন সাইট্রেটস্	...	২ ড্রাম।
একোয়া	...	এড্ ১ আউন্স।

একত্র করত: ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতি মাত্রা-৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

এক শ্রেণীর চিকিৎসকদিগের অভিমত এই যে, নিউমোনিয়ার প্রথমাবস্থায় ক্যালসিয়াম প্রয়োগ করিলে ব্যাধির গতি রুদ্ধ হইয়া যায়। আমি এই মতের সমর্থন করিতে পারি না, বরং ইহাকে গুরুতর ভ্রম বলিয়াই মনে করি। ইহার বিরুদ্ধে যুক্তি, হৃদ পথোই বিবৃত করা হইয়াছে। কিন্তু যখন হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া দুর্বল হইয়া পড়ে, তখন রক্তে অত্যধিক ফাইব্রিন বর্তমান থাকে স্বল্পেও, হৃদপিণ্ডের উত্তেজক ও বলবর্ধক হিসাবে ডাঃ ব্রান্টন (Brunton) ক্যালসিয়াম ব্যবহার করিতে পরামর্শ দেন।

আমি যখন ঢাকা মেডিকেল স্কুলের ছাত্র ছিলাম, তখন নিউমোনিয়াতে নিম্নলিখিত মিশ্রটি প্রায় সব সময়ই ধারাবাহিক নিয়মে ব্যবহৃত হইত।

৩। Re.

লাইকর এমন এসিটেটস্	...	২ ড্রাম।
টিং ফেরি পারক্লোরাইড	...	১০ মিনিম।
টিং ডিজিটেলিস্	...	১০ মিনিম।
লাইকর ব্রীকনাইন্	...	৫ মিনিম।
একোয়া	...	১ আউন্স।

একত্র করত: ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

কোষ্ঠকাঠিন্য না থাকিলে উক্ত মিক্সচারে ম্যাগনেসিয়াম সালফেট ব্যবহৃত হইত না। ইহা একটা উৎকৃষ্ট মিশ্র। শুষ্ক কাশি বশত: (dry hacking cough) কুইনাইন ব্যবহারের প্রতিবন্ধক থাকিলে ও উপস্থিত চিকিৎসক (the attending physician) কুইনাইন প্রয়োগের আপত্তি করিলে, আমিও প্রায় উক্ত মিশ্র ব্যবহা করিয়া থাকি। যখন অত্যধিক উদরাময় ও পেটফাঁপা থাকে (কম ক্ষেত্রেই নিউমোনিয়াতে এরূপ হইয়া থাকে), তখন নিম্নলিখিত মিশ্রটি ব্যবহারে বেশ সফল হইয়া থাকে।

৪। Re.

এমন ক্লোরাইড্	...	১০ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্স	...	১০ গ্রেণ।
সোডা অয়োডাইড্	...	৫ গ্রেণ।
ভাইনাম ইপিকাক	...	৫ মিনিম।
পটাশ সাইট্রাস	...	১৫ গ্রেণ।
স্পিরিট ক্লোরোফরম্	...	১০ মিনিম।
লাইকর এমন সাইট্রেটস্	...	২ ড্রাম।
একোয়া	...	এড্ ১ আউন্স।

একত্র করত: ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

(৫) কফনিঃসারক ঔষধ (Expectant drugs) :—যে পর্য্যন্ত ফুস্ফুসের নিরেট অবস্থা (Consolidation) বর্তমান থাকে, সে পর্য্যন্ত আত্মযজিক ব্রকাইটিসের উপকার দর্শান ছাড়া, কফনিঃসারক ঔষধ কোন কাজে লাগে না। উপরোক্ত ৪নং মিশ্রে বর্ষকারক ও কফনিঃসারক ঔষধ আছে। বর্ষকারক ঔষধ জর কমায় ও কফনিঃসরণ ঔষধ ব্রকাইটিসের জন্ম প্রয়োজন হয়। যখন অটোলাইটিক ফারমেন্টের (autolytic ferment) উদ্ভবে রিজোলিউশন্ (Resolution) আরম্ভ হয়, তখন কফনিঃসারক কার্যে দ্রুত সম্পন্ন হওয়ার জন্ম উত্তেজক কফনিঃসারক ঔষধ প্রযোজ্য। কিন্তু যখন

প্রচুর প্লেমা নিঃসৃত হইতে থাকে, তখন এমন ক্লোরাইড, সোডা আয়োডাইড প্রভৃতি যে সকল ঔষধ ফুসফুসের নিঃসরণ কার্য অত্যধিক বৃদ্ধি করে, তাহাদিগের ব্যবহার বন্ধ করিয়া দেওয়া সঙ্গত ; নচেৎ ফুসফুসভ্যন্তরে অত্যধিক প্লেমা সঞ্চিত হওয়ায় শ্বাসকষ্ট বৃদ্ধি পাইয়া, উপকারের পরিবর্তে অপকারই বেশী হওয়ার সম্ভাবনা। এই অবস্থায় নিম্নলিখিত মিশ্রটি বেশ কার্যকরী হয়।

৫। Re.

সোডিয়াম ক্লোরাইড	...	১০ গ্রেণ।
এমন কার্ব	...	৫ গ্রেণ।
টিং সিলি	...	৫ মিনিম।
টিং সেনেগা	...	১০ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	...	২০ মিনিম।
স্পিরিট এমন এরোমেট	...	২০ মিনিম।
সিরাপ বাসক এটু কসিলেনা কোঃ	১/২ ড্রাম।	
জল	...	এড্. ১ আউন্স।

একত্র করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য। এই মিশ্র আঠালু (Stacky) প্লেমা তরল করিয়া, ইহা বহির্গমনের সহায়তা ও ফুসফুসের ভিতর একত্রীভূত নিঃসৃত রস বাহির করিয়া ফুসফুস পরিষ্কার এবং এই সঙ্গে আবার উত্তেজক ঔষধের কার্য্য করে।

নিউমোনিয়া পীড়ায় সূত্রা প্রয়োগ সম্বন্ধে বক্তব্যঃ—নিউমোনিয়া রোগীতে মদের ব্যবহার সম্বন্ধে যথেষ্ট মতভেদ আছে। সূত্রাপায়ীদের পক্ষে ইহা যে, সর্বোৎকৃষ্ট ঔষধ; সে বিষয়ে কোন চিকিৎসকই আপত্তি করেন না। যখন প্রলাপ (delireum), মাথাবেদনা (headache), শুষ্ক জিহ্বা (dry tongue) মাংসপেশীর সন্ধোচন (muscular twitching), বিছানা খুঁটা (Picking at bed clothes); অনিদ্রা (insomnia) প্রভৃতি অর্থাৎ কেটোসিসের (Ketosis) লক্ষণাবলী উপস্থিত হয় এবং যখন হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়া দ্রুত ও নাড়ী কোমল (Pulse

feeble and soft) বর্তমান থাকে; তখন সূত্রা (alcohol) প্রয়োগ উপকারী হইয়া থাকে। ঐরূপ অবস্থায় নিম্নলিখিতরূপে ইহা ব্যবহার করা যায়। যথা—

৬। Re.

এমন ব্রোমাইড	...	১০ গ্রেণ।
স্পিরিট এমন এরোমেট	...	২০ মিনিম।
স্পিরিট ভাইনাম গ্যালিসাই	...	২০ মিনিম।
টিং ডিজিটেলিস	...	১০ মিনিম।
টিং বেলেডোনা	...	৫ মিনিম।
সোডা বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
জল	...	এড্. ১ আউন্স।

একত্র করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

কোন কোন চিকিৎসকের মতে “এমন ব্রোমাইড” ও “স্পিরিট এমন এরোমেট” বিরুদ্ধ গুণবিশিষ্ট বিধায়, ইহাদের একত্র প্রয়োগে ক্রিয়াঘটিত অসম্মিলন (Physiological incompatible) হয়। তাঁহারা বলেন যে, “এমন ব্রোমাইড” হৃৎপিণ্ডের অবসাদক ও “স্পিরিট এমন এরোমেট” হৃৎপিণ্ডের উত্তেজক; সুতরাং এরূপ বিরুদ্ধ ক্রিয়াবিশিষ্ট ঔষধের একত্র প্রয়োগ সঙ্গত নহে। ব্যাপারটা কিন্তু তাহা নহে। “এমন ব্রোমাইড” কোন সময়ই হৃৎপিণ্ডের অবসাদক নহে, বরং ইহা হৃৎপিণ্ডের উত্তেজক। তবে ইহা মস্তিষ্কের অবসাদক। “সোডা বাইকার্ব” ক্ষারজাতীয় ও “স্পিরিট ভাইনাম গ্যালিসাই” শ্বেতসারজাতীয় (Carbo-hydrate) বিধায়, কেটোসিস (Ketosis) অর্থাৎ বৈকারিক লক্ষণ নষ্ট করে। “বেলেডোনা” প্রলাপ ও মাথাবেদনা উপশম করে এবং “ডিজিটেলিস” হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়া ঠিক রাখে ও প্রলাপ কমায়।

যদি “স্পিরিট ভাইনাম গ্যালিসাই” ব্যবহারের পর প্রলাপ কম, জিহ্বা ও চর্ম সরস এবং রোগী নিদ্রাভিভূত হয়; তাহা হইলে ইহার প্রয়োগ চলিতে থাকিবে, অন্তর্ধায় ইহা স্থগিত করা দরকার।

(৬) হৃৎপিণ্ডের উত্তেজক ঔষধ (Cardiac Stimulants) :—যে পর্য্যন্ত এওরটিক দ্বিতীয় শব্দ (aortic second sound), এপেক্সে প্রথম শব্দ (The first sound in the apex) ও পালমোনারী দ্বিতীয় শব্দ (The pulmonary second sound) স্পষ্ট শ্রুত হয়, ততক্ষণ পর্য্যন্ত হৃৎপিণ্ডের উত্তেজক ঔষধের প্রয়োগ দরকার করে না। যখন হৃৎপিণ্ডের এপেক্সে প্রথম শব্দ ও এওরটিক দ্বিতীয় শব্দ ক্ষীণ হইয়া যাইবে; তখন পালমোনারী দ্বিতীয় শব্দ সজোরে উচ্চারিত হইতে থাকিলেও, অবিলম্বে হৃৎপিণ্ডের বিশেষ উত্তেজক ঔষধ (active cardiac stimulant) প্রয়োগ করা উচিত। যদি পালমোনারী দ্বিতীয় শব্দ দুর্বল হইয়া পড়ে, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, রোগীর অবস্থা এতই শঙ্কটাপন্ন হইয়াছে যে, তাহার জীবনের আশা নাই। নিম্নলিখিত মিশ্রটী একটা ভাল উত্তেজক ঔষধ।

৭। Re.

স্পিরিট এমেন এরোমেট ...	২০ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরোফরম্ ...	২০ মিনিম।
স্পিরিট ইথারিস্ ...	২০ মিনিম।
স্পিরিট ভাইনাম গ্যালিসাই... ১৫ মিনিম।	
টিং মাস্ক ...	২০ মিনিম।
জল	এড ১ আউন্স।

একত্র করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতিমাত্রা ২ বা ৩ ঘণ্টান্তর সেবা।

যখন শীতল ঘর্ষের সহিত নাড়ী অত্যন্ত দুর্বল ও ক্ষীণ হয়, তখন এট্রোপিন্ সালফ অধঃস্থাতিক (Hypodermic) ইন্জেক্সন করা উচিত। যখন উত্তেজনার প্রয়োজন হয়, তখন স্ট্রীকনাইন হাইড্রোক্লোরাইড্ ১/৩০ গ্রেণ, ডিজিটেলিন ১/৫০ গ্রেণ, ক্যাম্ফর ইন ইথার বা অয়েল (ইথারে বা অন্নিভ অয়েলে ৩ গ্রেণ ক্যাম্ফর দ্রব করিয়া—Camphor gr. iii in Ether or olive oil), পিটুইট্রিন (Pituitrine) এবং এড্রিনালিন প্রভৃতি যোগ্যতার সহিত ব্যবহার করা যাইতে পারে।



জ্বর তত্ত্ব—Fever therapy.

ডাঃ শ্রীনির্মলকান্ত চট্টোপাধ্যায় M. B.

কলিকাতা।

—:~:~:~:—

এ প্রশ্ন স্বতঃই অনেক সময় মনে উদ্ভিত হয় যে, লক্ষণস্বরূপ জ্বরের উৎপত্তি যে কেন হয়, তৎসম্বন্ধে আমাদের জ্ঞান হয় কেন? চিকিৎসকগণ অবশ্যই জানেন যে, এপর্য্যন্ত অনেকেই অনেক প্রকার অভিমত প্রকাশ করিয়াছেন। পাশ্চাত্য জগতে এসম্বন্ধে প্রকৃত তথ্য নিরূপণার্থ অনেক দিন হইতে চেষ্টা হইতেছে। এই

সকল চেষ্টার ফলে সম্প্রতি অনেক নূতন তথ্য প্রকাশিত হইয়াছে। নিদানতত্ত্ববিদ পণ্ডিতগণ বলিতেছেন যে—বিভিন্ন পীড়ার আনুষঙ্গিক লক্ষণরূপে জ্বর হইবার বিশিষ্ট কারণ আছে। শরীরে কোন রোগ উৎপন্ন হইলে তাহার সহিত সংগ্রাম করিবার জন্ত শরীরের মধ্যেই স্বাভাবিক বন্দোবস্ত আছে। রোগ আমাদের দেহকে আক্রমণ করিবারাত্র, এই সংগ্রামের যন্ত্র তাহার কার্য আরম্ভ করিয়া দেয়, অর্থাৎ রোগের সহিত সংগ্রামে প্রবৃত্ত হয়। এই সকল যন্ত্র, শৈত্য অপেক্ষা তাপে অধিক কার্য করিতে পারে। সুতরাং তাহাদের কার্য করিবার সুবিধার জন্ত, শরীর উত্তপ্ত হয়; ইহাই—জ্বর। যন্ত্রগুলির কার্য্যসৌকর্য্যার্থ শরীরকে উত্তপ্ত করিবার জন্তও দেহের মধ্যে স্বাভাবিক অতিরিক্ত বন্দোবস্ত আছে। এই বন্দোবস্তও যন্ত্রতন্ত্র মাত্র। প্রয়োজন হইলেই ইহারা কার্য করিয়া শরীরকে উত্তপ্ত করিয়া থাকে। কখন কখনও জ্বর অত্যন্ত প্রবল হইয়া স্বতন্ত্র রোগের আকার ধারণ করে এবং যন্ত্রণাদায়ক হইয়া পড়ে। তখন বুঝিতে হইবে যে, তাপোৎপাদক যন্ত্রগুলির কার্য্যের মাত্রাধিক্য ঘটিয়াছে—তাহারা প্রয়োজনাতিরিক্ত তাপ উৎপাদন করিতেছে। তাপোৎপাদক যন্ত্রগুলি বিকল হইলেই, এই ভাবে মাত্রাধিক্য ঘটিয়া থাকে। এরূপ অবস্থায় মূল রোগের সঙ্গে জ্বরেরও চিকিৎসা করা, জ্বর হ্রাস করিবার চেষ্টা করা আবশ্যক হয়। তাহা না করা হইলে, জ্বরের দরুন 'টীন্ত'গুলির ক্ষতি হইতে পারে—এমন কি, মৃত্যু হওয়াও অসম্ভব নহে। চিকিৎসক যাত্রাই জানেন যে, পরিমিত মাত্রায় জ্বর থাকিলে, তাহা রোগ প্রশমনের সহায়তাই করিয়া থাকে। কিন্তু অত্যধিক জ্বরে শরীরের ক্ষতির সম্ভাবনা হইলে, শরীরের উত্তাপ হ্রাসবৃদ্ধির উপর গুরুত্বপূর্ণ নির্দেশ্য লক্ষ্য রাখিতে হয় এবং ডাক্তারেরও জ্বর কমাইবার চেষ্টা করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। জ্বরের এইরূপ প্রকৃতি সম্বন্ধে সম্প্রতি জৈনিক বিশেষজ্ঞ পাশ্চাত্য চিকিৎসক লিখিয়াছেন যে, “ডাক্তার যখন কোন রোগীকে দেখিতে আসেন, তখন তিনি সর্বপ্রথম তাহার থার্মোমিটারটা বাহির করিয়া বগলে বা

জিস্তার নিয়ে স্থাপন করতঃ রোগীর জ্বরের পরিমাণ রুট, তাহাই সর্বপ্রথমে জানিয়া লয়েন। জ্বর যদি খুব বেশী—১০৪ কি ১০৫ ডিগ্রী হয়, তাহা হইলে ডাক্তারের মুখেই ভাব গভীর হইয়া আসে এবং জ্বর কমাইবার জন্ত তিনি প্রেসক্রিপশন লিখিতে বসেন; অথচ চিকিৎসা-বৈজ্ঞানিকগণের কাছে ইহা সর্বজনবিদিত সত্য যে, রোগের সহিত সংগ্রাম করিবার জন্ত জ্বর, প্রকৃতির একটা নিজস্ব উপায়”।

অতএব শরীরের তাপবৃদ্ধি যখন রোগের সহিত সংগ্রাম করিবার স্বাভাবিক ও বাঞ্ছনীয় উপায়, তখন জ্বর কমাইবার ঔষধ দিয়া প্রকৃতির কার্য্যে ব্যাঘাত সংঘটন করা ডাক্তারের কর্তব্য কি না, ইহাই প্রধান বিবেচ্য। পক্ষান্তরে, জ্বরই বা কেন রোগের সহিত সংগ্রামে সহায়তা করে, শরীরের যন্ত্রতন্ত্র কেমন করিয়া শরীরের তাপ বৃদ্ধি করে এবং পরে তাপ কমাইয়া স্বাভাবিক অবস্থায় আনয়ন করে, তাহাও একটা অমুখাবনের বিষয়।

অল্প কয়েক বৎসর পূর্বেও ডাক্তাররা নিজেরাই এই সকল প্রশ্নের উত্তর সম্বন্ধে তাহাদের রোগীদিগের মতই অনিশ্চিত ছিলেন। কিন্তু সম্প্রতি অনেক বৈজ্ঞানিক বহু অনুসন্ধানের ফলে এই বিষয়ে অনেক নূতন জ্ঞান অর্জন করিয়াছেন। তাহারা সেই সকল যন্ত্রতন্ত্রের কার্য্যপদ্ধতির মন্ধান পাইয়াছেন—যাহাদের সাহায্যে প্রকৃতি দেবী শরীরের তাপ নিগূত ভাবে রক্ষা এবং প্রয়োজনানুসারে তাহার হ্রাসবৃদ্ধি করেন। শরীরের তাপের হ্রাস বৃদ্ধি হয় কেন, ইহাই একটা বিষয় সমস্ত। সুবিখ্যাত নিদানতত্ত্বজ্ঞ ডাক্তার ডবলিউ, ক্র্যামার সম্প্রতি তাহার আবিষ্কারের বিবরণ প্রকাশ করিয়াছেন। তাহাতে অজ্ঞাত বিষয়ের মধ্যে ইহাও প্রতিপন্ন হইয়াছে যে, জ্বর উৎপাদনকরে স্নায়ুশৃঙ্খলী ও অন্তঃস্রাবী গ্রন্থিগুলি অতি ঘনিষ্ঠভাবে পরস্পরের সহযোগিতা করে এবং সুস্থদেহী ব্যক্তিদের দেহের তাপ স্বাভাবিক অবস্থায় নিয়ন্ত্রিত রাখে।

কেবল মাত্র উচ্চ শ্রেণীর জীবগণ অর্থাৎ মানুষই এই শ্রেণীর অন্তর্গত এবং অপর এক শ্রেণীর জীব—অর্থাৎ পক্ষিজাতি পারিপার্শ্বিক তাপের তুলনায় তাহাদের শরীর

কিছু অধিক উত্তপ্ত রাখিয়া থাকে। মৎস্তগণ কে জলে স্তব্ধ করিয়া বেড়ায়, সেই জলের তাপ যতখানি, মৎস্ত-দেহের তাপও ঠিক ততখানি থাকে। আবশ্যিক। গো-শাপগুলি রাত্কার ধারের বেড়ার গায়ে অবস্থিত থাকিয়া রৌদ্র সেবন করে। তাহারা যতক্ষণ রৌদ্রে থাকে, তাহাদের শরীরও ততক্ষণ গরম থাকে। ছায়ার কিবা শীতল রাত্রিকালে সকল শ্রেণীর সরীসৃপের দেহ শীতল থাকে এবং তাহারা অলসমহর গতিতে চলাফেরা করে। ডিউক বিশ্ববিদ্যালয়ের দুই জন বৈজ্ঞানিক—ডাক্তার আর্থার এস পীয়ার্স ও ডাক্তার ফ্রান্স জি, হল সম্প্রতি আবিষ্কার করিয়াছেন যে, অভিব্যক্তির ফলে জীবগণের দেহের স্বাভাবিক তাপ রক্ষার ও প্রয়োজন মত তাহার হ্রাসবৃদ্ধির ক্ষমতা বর্দ্ধিত হইয়াছে। তাহাদের বিবেচনায়, মানবদেহে এই শক্তির সর্বাপেক্ষা অধিক ক্ষুরণ হওয়ায়, সরীসৃপজাতির উপর মানব এতটা প্রভুত্ব স্থাপন করিতে পারিয়াছে।

দেহতত্ত্ববিদ পণ্ডিতেরা একবাক্যে স্বীকার করেন যে, দেহের তাপের হ্রাস বৃদ্ধি ঘটবার দুইটি পন্থা আছে। তন্মধ্যে একটা পন্থা এই যে, আমরা যে খাদ্য গ্রহণ করি, তাহা রাসায়নিক ভাবে দগ্ধ হইয়া টীশগুলিতে তাপ উৎপাদন করে। তাপরক্ষার অপর ব্যবস্থা এই যে, দেহের যে তাপক্ষয় নিত্য হইয়া থাকে, তাহা নিবারণ করিয়া বা বর্দ্ধিত করিয়া তাপের হ্রাস বৃদ্ধি সংঘটন করা হয়।

তাপ হ্রাসের একটা উপায়—বর্ষ। গ্রীষ্মকালে বর্ষ বাহির হইয়া তাপ হ্রাসপ্রাপ্ত হয়,—শরীর শীতল হয়। অপর একটা উপায়—চর্মের মধ্য দিয়া যে রক্ত প্রবাহিত হয়, তাহার পরিমাণের পরিবর্তন সাধন। কারণ, চর্মে যদি রক্তপ্রবাহের পরিমাণ অধিক হয়, তাহা হইলে সেই রক্ত অতি দ্রুত শীতল হইতে থাকে এবং তাহার ফলে দেহের তাপক্ষয় হয়। শীতকালে লোকের মুখমণ্ডল ও হস্তপাদাদি নীলবর্ণ ধারণ করে। কারণ, রক্ত পাছে অত্যন্ত বেশী ঠাণ্ডা হইয়া যায়, সেই দ্রুত রক্তের গতি দেহের অভ্যন্তর দিকে বেশী হয়।

আট বৎসর পূর্বে Dr. I. G. Barthur সপ্রমাণ

করিয়াছেন যে, এই যে তাপের হ্রাসবৃদ্ধি হয়, তাহা যন্ত্রিকের নিয়ন্ত্রণে—যন্ত্রিকের যে অংশে চিন্তাশক্তির কেন্দ্র অবস্থিত, সেই অংশ এবং মেরুদণ্ডের উর্দ্ধ প্রান্তের মধ্যভাগে অবস্থিত একটি স্নায়ুকেত্র দ্বারা নিয়ন্ত্রিত হয়। এই স্নায়ুকেত্র স্বয়ংক্রিয়; ইহা দেহীর অজ্ঞাতসারে কার্য্য করে।

জীবগণের এই স্নায়ুকেত্রের উপর শীতল বস্ত্র চাপিয়া ধরিয়া ডাক্তার বারথার স্নায়বিক প্রহরীকে প্রেরিত করিয়া—প্রয়োজন না থাকিলেও, অধিক তাপ উৎপাদন করিয়াছিলেন। এই ভাবে গরম জিনিষ চাপিয়া ধরিয়া শরীরকে প্রয়োজনাতিরিক্ত ভাবে শীতল করিয়া ফেলা হইয়াছিল। এই যে ক্ষুদ্র স্নায়বিক তাপনিয়ন্ত্রণ যন্ত্র—ইহাই শরীরের স্বাভাবিক তাপরক্ষার মূল কারণ। তবে ইহা সমগ্র দেহের গড়পড়তা তাপ নিয়ন্ত্রণ করে না।

উল্লিখিত পরীক্ষার ফলে বৃষ্টিতে পারা যায় যে, কোন প্রাণীর যন্ত্রিকের একটি বিশেষ স্নায়ুকেত্রে শৈত্য প্রয়োগ করিয়া উত্তাপের অভাব এবং উত্তাপ প্রয়োগ করিয়া শৈত্যের প্রয়োজন সৃষ্টি করা যায়; অথচ তাহার পারিপার্শ্বিক অবস্থায় তাহার কোনটারই প্রয়োজনীয়তা অনুভব করা যায় না। আপাতঃদৃষ্টিতে মনে হয় যে, এই ক্ষুদ্র স্নায়বিক শীতাতপ পরিমাপক যন্ত্রের ক্রিয়ার ফলে দেহ স্বাভাবিক ও নিয়মিত তাপ রক্ষা করিতে পারে, কিন্তু সমগ্র দেহের গড়পড়তা তাপের উপর ইহার কোন প্রভাব নাই।

ডাক্তার ক্র্যামার সম্প্রতি এতদসম্বন্ধে আরও যে সকল তথ্য প্রকাশ করিয়াছেন, তাহাতেও এই সত্যই স্বীকৃত হইয়াছে। কিন্তু এতদ্ব্যতীত তিনি ইহাও সপ্রমাণ করিয়াছেন যে, এড্রেনালিন অর্থাৎ অন্তঃরসস্রাবী গ্রন্থিগুলিও তাপ রক্ষার ও তাহার হ্রাসবৃদ্ধির উপর বিলক্ষণ কার্য্য করে। বিশেষভাবে মূত্রগ্রন্থির ঠিক উপরিভাগে অবস্থিত “এড্রিনাল গ্যাণ্ড” (Adrenal gland) বা কুঁচকীর গ্রন্থি এবং গলদেশের ধাইরয়েড গ্যাণ্ডের কার্য্যক্ষমতা অত্যন্ত বেশী। শেবোস্ক গ্রন্থি মাঝে মাঝে কুলিয়া “গরুটার” রোগ উৎপাদন করে। ডাক্তার ক্র্যামার পরীক্ষা করিয়া

দেখিয়াছেন যে, অত্যধিক শৈত্য বা অত্যধিক তাপ, এই সকল গ্রন্থির গঠনের রাসায়নিক পরিবর্তন সাধন করে।

অনেক দিন পূর্বে পেন্সিলভানিয়া বিশ্ববিদ্যালয়ের 'এণ্ডোক্রিনোলজি' বিভাগের অধ্যাপক ডাক্তার চার্লস সাজুস এণ্ডোক্রিন গ্রন্থি সম্বন্ধে সবিশেষ আলোচনা করিয়াছিলেন। তিনি এই বিষয়ে একজন বিশেষজ্ঞ ব্যক্তি। তিনি তৎকালে এই মতবাদ প্রচার করিয়াছিলেন যে, দেহের তাপ এবং জর অন্তঃরসস্রাবী গ্রন্থিসমূহের (Endocrine glands) ক্রিয়ার উপর নির্ভর করে। চিকিৎসক সম্প্রদায় সাধারণ ভাবে অধুনা এই মতবাদ গ্রহণ করিয়াছেন।

ডাক্তার সাজুসের বিশ্বাস—গ্রন্থিগুলির প্রতিক্রিয়ার বিষয়ে চারিটি রাসায়নিক পদার্থ সংশ্লিষ্ট আছে। ইহার মধ্যে একটার নাম—'লেসিথিন' (Lecethin)। এই বস্তুটি শরীরের তাপ-উৎপাদক ইন্ধনের কার্য্য করে। দ্বিতীয়টি এমন একটি রাসায়নিক পদার্থ—যাহা লেসিথিন ও অল্পজানের মধ্যে তাপোৎপাদক প্রতিক্রিয়ার সহায়তা করে। তৃতীয়টি ঐ প্রতিক্রিয়ার বাধাদান করে। চতুর্থ রাসায়নিক পদার্থটি থাইরয়েড গ্রন্থি হইতে প্রস্তুত হয়। ইহা দেহের তাপকে উত্তেজিত করে।

ডাক্তার সাজুসের বিশ্বাস—এই চারিপ্রকার রাসায়নিক পদার্থ যখন রক্তের সহিত মিশ্রিত হইয়া অবাধে সঞ্চালিত হয়, তখন ঐ দুই শ্রেণীর গ্রন্থি ইহাদের পরিমাণ নিয়ন্ত্রিত করিয়া, দেহ অত্যন্ত উত্তপ্ত থাকিলে শীতল করিতে কিম্বা জর উৎপাদনের প্রয়োজন হইলে তাহা উৎপাদন করিতে সমর্থ হয়। ডাক্তার বারবার মস্তিষ্ক কেন্দ্রের যে কার্য্য সম্বন্ধে অনুসন্ধান করিয়াছেন, তাহা বোধ হয়—আবশ্যক মত কম বেশী তাপ উৎপাদন করিবার জন্ত গ্রন্থিগুলির প্রতিক্রিয়া আরম্ভ করাইয়া দেওয়া।

যখন শরীরের পক্ষে জর হওয়া আবশ্যক, তখন, সম্ভবতঃ এই মস্তিষ্ক-কেন্দ্রই জর উৎপাদন করিয়া থাকে। কারণ, ডাক্তার সাজুস, ডাক্তার বারবার ও ডাক্তার ক্র্যামার একমত হইয়া বলিতেছেন যে, দেহের কোন কোন

অবস্থায় জর কেবল যে কার্য্যকরী, তাহা নহে; আবশ্যকও বটে—বিশেষতঃ, যখন বিপজ্জনক রোগ-জীবাণু দেহকে আক্রমণ করে, তখন জর হওয়া শরীরের পক্ষে বিশেষ প্রয়োজনীয়।

এই সকল আক্রমণকারী রোগ-জীবাণুর সহিত দেহ যুদ্ধ করে—দেহ-প্রকৃতি তাহাদিগকে গ্রাস করিয়া জীর্ণ করিয়া ফেলিতে চেষ্টা করে। এই গ্রাস ও জীর্ণ করিবার ভার অর্পিত রহিয়াছে—শ্বেত রক্তকণিকাগুলির উপর। শ্বেত রক্তকণিকাগুলি যখন শীতল থাকে, তখনকার অপেক্ষা, যখন তাহারা উত্তপ্ত থাকে, তখন রোগজীবাণু জীর্ণ করিবার ক্ষমতা তাহাদের বদ্ধিত হয়।

ইদানীং চিকিৎসকরা জানিতে পারিয়াছেন যে, কোন রোগের চিকিৎসা যখন অল্প উপায়ে কঠিন বা অসম্ভব হইয়া পড়ে, তখন কৃত্রিম উপায়ে জর উৎপাদন করিলে রোগ নিরাময়ের পক্ষে অনেকটা সাহায্য পাওয়া যায়। অষ্ট্রিয়ার এক জন বিখ্যাত মানসিক রোগ সম্বন্ধে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক ডাক্তার ওয়াগনারজয়েগ ম্যালেরিয়া-জীবাণুর সাহায্যে জর উৎপাদন করিয়া, একপ্রকার উন্মাদ রোগ আরাম করিয়াছেন। ডাবলিনের ডাক্তার ভি, এম, সাইঞ্জ সায়েটিকা ও বাতরোগে রোগীর দেহে মৃত জীবাণু পিচকারীর দ্বারা প্রস্রিত করাইয়া দিয়া কৃত্রিম উপায়ে জর উৎপাদন করিয়া বিশেষ সফল পাইয়াছেন। আলবানি মেডিক্যাল কলেজের ডাক্তার হেলেন আর, হসমার সম্প্রতি আবিষ্কার করিয়াছেন যে, হুস র্যাডিও তরঙ্গ প্রয়োগ করিয়া ঐ ভাবে জর উৎপাদন করা যায়।

শরীরে রোগ উৎপন্ন হইলে, তাহা আরাম করিবার জন্ত প্রকৃতির স্বাভাবিক চিকিৎসাই হইল—জর উৎপাদন। তবে যে, ডাক্তারেরা মধ্যে মধ্যে প্রকৃতির কার্য্যে হস্তক্ষেপ করিয়া জর কমাইবার ব্যবস্থা করেন, তাহার কারণ—প্রাকৃতিক নিয়মে উৎপন্ন জর সময়ে সময়ে প্রয়োজনীয় মাত্রা ছাড়াইয়া যায়। যখন দেখা যায় যে, জর ১০০ কি ১০৪ ডিগ্রি উঠিয়াছে। তখন বুঝিতে হয় যে, মূল রোগের জীবাণুগুলি জীর্ণ হওয়ার ক্রিয়া কেবল যে সম্পূর্ণ হইয়াছে, তাহা নহে;

রক্তের আধিক্য দেখিয়া বুঝা যায় যে, জীবাণু-স্বংসকারী ক্ষমতা, জীবাণু জীর্ণ করিবার কার্য সম্পন্ন করিয়া এক্ষণে রক্তকণিকাগুলিকেই আক্রমণ করিয়াছে। তখন পরীক্ষের পক্ষে প্রয়োজনীয় সুস্থ লোহিত রক্তকণিকা বা কোষাণুগুলি তাহাদের নিজ দেহনিঃসৃত পাচকরসের দ্বারা জীর্ণ হইতে আরম্ভ করিয়াছে। এই জন্তই চিকিৎসক ও গুরুষাকারিণীদিগকে রোগীর দেহের তাপের তালিকার উপর এতটা তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখিবার প্রয়োজন হয়। তবে অর যতক্ষণ না অত্যন্ত প্রবল হয়, ততক্ষণ উদ্বেগের কারণ ঘটে না।

ডাক্তার ক্র্যাঘার বলেন, যে, দীর্ঘকাল অরভোগের পর থাইরয়েড ও এড্রিনাল গ্রন্থি তাহাদের কর্তব্যশালুনে অসমর্থ হইয়া পড়ে। কেবল মাত্র ইহাদের অত্যধিক ক্রান্তির ফলে, হৃদপিণ্ডের কার্য রহিত হইতে বা মৃত্যু পর্য্যন্ত হইতে পারে। সুতরাং চিকিৎসকের প্রধান কর্তব্য যে, তাপ-নিয়ামক যন্ত্রগুলি দুর্বল হইয়া পড়িতেছে কি না, সেই দিকে লক্ষ্য রাখা। যদি দেখা যায় যে, ইহার দুর্বল হইতেছে, তাহা হইলে গ্রন্থিরসের সাহায্য বা অগ্র উপায়ে ইহাদের বলবৃদ্ধি করা কর্তব্য।



এলজিড্ ম্যালেরিয়া—Algid malaria.

লেখক—ডাঃ শ্রীমন্মথ নাথ পালশি L. M. F.

মেডিক্যাল অফিসার—আর, কে, তপোবন হস্পিট্যাল

ধরচুলা, হিমালয়।

এলজিড্ ম্যালেরিয়া রক্তের লক্ষণের সহিত কলেরার লক্ষণাবলীর সৌসাদৃশ থাকায়, রোগীর ইতিবৃত্ত অসুসন্ধান এবং রক্ত পরীক্ষা না করিলে, অনেক সময় প্রকৃত রোগ নির্ণয়ে চিকিৎসকের ভ্রম হওয়া বিচিত্র নহে। অনেক স্থলে চিকিৎসককে এইরূপ ভ্রান্তপথে পরিচালিত হইতে দেখা গিয়াছে। বলা বাহুল্য, ম্যালেরিয়া আক্রমণের ইতিহাস,

ও রক্তের প্রাথমিক গতি এবং রক্ত পরীক্ষায়, রক্তে ম্যালেরিয়া-জীবাণুর বিদ্যমানতা, সঠিকরূপে রোগ নির্ণয়ের সহায়ীভূত হইয়া থাকে। একটা রোগীর বিষয় উল্লিখিত হইতেছে।

কোণিশী—জৈনৈক ভূটিয়া ব্রীলোক, নাম বাসমতী। বয়ঃক্রম ২০।২১ বৎসর। গত ৩রা মে (১৯২৯) এই ব্রীলোকটি হস্পিট্যালে ভর্তী হয়।

বর্তমান অবস্থা :—দ্বীলোকটি যে সময়ে হস্পিটালে ভর্তী হইয়াছিল, সেই সময় তাহার নিম্নলিখিত লক্ষণ বর্তমান ছিল।

- (১) সর্বাস্থ বরফের স্থায় শীতল ;
- (২) নাড়ী সূত্রবৎ ক্ষীণ, প্রায় অনশুভবনীয় ; বগলে নাড়ীর অতি ক্ষীণ স্পন্দন অনুভব করা যায় ;
- (৩) বমন ও বিবমিষা ;
- (৪) অত্যন্ত অবসন্নতা, চক্ষু কোটরাগত, কণ্ঠস্বর ক্ষীণ, ও আশ্বিনাসিক ;
- (৫) প্রবল পিপাসা, অনবরত জল খাইতেছে, কিন্তু জল পান মাত্রই বমন হইতেছে, বমনে কেবল মাত্র জলই উঠিতেছে ;
- (৬) গাত্র চর্ম শুষ্ক ;

পূর্ব ইতিহাস :—শুনিলাম ২রা মে তারিখের শেষ রাত্রি হইতে রোগিণীর কয়েকবার পাতলা ভেদ হয়। তদপরে ৪।৫ বার চাউল খোয়া জলের স্থায় ভেদ (Rice water stool) হওয়ার পরই, বেলা ১২।১ টার মধ্যেই রোগীর অবস্থা এইরূপ দাঁড়াইয়াছে।

রোগিণীর অবস্থা পর্যালোচনা করিয়া দেখিলে কলেরার কোল্যাম্প অবস্থা বলিয়াই প্রতীয়মান হয়। কিন্তু হিমালয়ের এই প্রান্তপ্রদেশে প্রায় কলেরা হইতে দেখা যায় না, সুতরাং সহসা কলেরা বলিয়া স্থির সিদ্ধান্ত করিতে পারা গেল না। রোগিণীকে যাহারা হস্পিটালে লইয়া আসিয়াছিল, তাহাদিগকে নানারূপ প্রশ্ন করিয়া যে সকল বিষয় জ্ঞাত হইলাম, তাহার সারমর্ম এই যে, “রোগিণী ইউ, পি, র (U. P.) এক ম্যালেরিয়া প্রধান স্থানে ৬ মাস যাবৎ অবস্থান করিয়াছিল এবং তথায় ম্যালেরিয়া জরে আক্রান্ত হইয়া এখানে চলিয়া আসিয়াছে। এখানে আসিবার পরও রোগিণী মধ্যে মধ্যে জরে ভুগিতেছিল। পরে গত ১ লা মে তারিখে রোগিণীর

কম্প ও শীত করিয়া জর হয়। ২রা মে প্রাতেও কম্প দিয়া জর হইয়াছিল এবং এই দিন শেষ রাত্রে ভেদবমি হইয়া এইরূপ অবস্থাপন্ন হইয়াছে।

উল্লিখিত বিষয় জ্ঞাত হইয়া “এলজিড্ ম্যালেরিয়া” বলিয়াই সন্দেহ হইল। নিঃসন্দেহ হইবার জন্ত রোগিণীর রক্ত পরীক্ষার ব্যবস্থা করিলাম। রক্ত পরীক্ষায় রক্তে ম্যালেরিয়া-জীবাণু পাওয়া গেল। এতদ্ব্যতীত সন্দেহ সত্যে পরিণত হইল।

চিকিৎসা :—উল্লিখিত সিদ্ধান্তের বশবর্তী হইয়া নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করা হইল।

১। Re

এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন ... ১/২ সি, সি,
কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর ৫ গ্রেণের এম্পুল ১ টি
একত্র এক মাত্রা। ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন দেওয়া
হইল এবং—

২। Re.

সোডি সাইট্রাস	...	১৫ গ্রেণ।
বিসমাথ সাবনাইট্রাস	...	৪ গ্রেণ।
সোডি বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
টীং মাস্ক	...	৩০ মিনিম।
সিরাম অরেঙ্গাই	...	১/২ ড্রাম।
একোয়া ক্লোরফরম	...	এড্ ১ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

পথ্য : লেবুর রস সহ ষোল, বার্লিওয়াটার।

বেলা ৩টার সময় এইরূপ ব্যবস্থা করা হইল।

চিকিৎসার ফল :—বেলা ৪টার পর হইতেই রোগিণীর অবস্থার হিত পরিবর্তন হইতে দেখা গেল এবং রাত্রি ১২ টার মধ্যেই প্রায় সমুদয় উপসর্গ দূরীভূত এবং উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি হইয়াছিল।

৪।৩।২৯ প্রাতে :—উত্তাপ স্বাভাবিক, দুর্বলতা ব্যতীত অল্প কোন উপসর্গ নাই। অল্প ৫০ গ্রেণ মাত্রায়

তিনবার করিয়া কুইনাইন হাইড্রোক্লোর সেবনের ব্যবস্থা করা হইল। এই দিন বেলা ১২ টার সময় সামান্য শীত সহকারে জ্বর হইয়াছিল। জ্বরীয় উত্তাপে ১০০ ডিগ্রির বেশী হয় নাই এবং পিপাসা ব্যতীত অন্ত কোন উপসর্গও

ছিল না। বেলা ২টার সময় উত্তাপ স্বাভাবিক হইয়াছিল।

পরদিন হইতে রোগিণীর আর জ্বর হয় নাই। কুইনাইনসহ একটা বলকারক ঔষধ ব্যবস্থা করিয়া রোগিণীকে বিদায় দেওয়া হয়।



ফেগুরিল—Phaguril.

লেখক—ডাঃ জীদাশরাথি পাঠক L. M. F.

হাজরাপুর (বর্ধমান)

“ফেগুরিল” নামক এই নূতন ঔষধটি প্যারিসের ‘ফ্রান্স’ সুবিখ্যাত এ, বেলির ল্যাবোরেটরীতে (Laboratories of A Baily, paris) ট্যাবলেট আকারে প্রস্তুত হইয়াছে। ইহাতে স্যাটোলোন, সিডরোল, টেরিবিছোন, স্যাটিসিলেট অব ফেনিল ও ফরমালিন আছে।

মাত্রা :—১—২টি ট্যাবলেট। প্রত্যহ ৬—১২টি ট্যাবলেট সেবন করা কর্তব্য। প্রথমতঃ জ্বর মাত্রায় প্রয়োগ আরম্ভ করিয়া, ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধি করা উচিত।

ক্রিয়া :—ইহা অত্যন্তকষ্ট জীবাণুনাশক, মূত্রকারক, স্নায়বিক আশাদক, বেদনানিবারক ও সংক্রামণহ। পুষ্টিপাদক জীবাণু ধ্বংস সাধন করিয়া ইহা উপকার করে। গভীরতম প্রদেশে অবস্থিত জীবাণুর উপরও ইহার ধ্বংসকারক ক্রিয়া উত্তমরূপে প্রকাশ পায়। এতদ্বারা মৈত্রিক বিস্তার এবং নিঃসরণ দমন এবং উহার অস্বাভাবিক অবস্থা দূরীভূত হইয়া উহা স্বভাবস্থ হয়। ইহা একটা উৎকৃষ্ট মূত্রকারক ঔষধ, এই ক্রিয়াবশতঃ এতদ্বারা রোগবিষ ও অনিষ্টকর পদার্থ শরীর হইতে নিষ্কাশিত হইয়া যাইবার সুবিধা হয়। স্নায়ুবিধানের উপর অবসাদক ক্রিয়া প্রকাশ করিয়া ইহা বেদনা দমন করে।

কামান্বিত প্রয়োগ :—তরুণ ও পুরাতন গণোরিয়া, গ্লীট, মূত্রনালীর প্রদাহ, মূত্রাধারের প্রদাহ, মূত্রাবরোধ, প্রোস্টেটাইটিস (Prostatitis—প্রস্টেট গ্রন্থির প্রদাহ) এবং মূত্রমার্গের অন্যান্য পীড়ায় ইহা বিশেষ ফলপ্রসূত্বপূর্ণ প্রয়োগিত হইয়াছে।

আমি অনেকগুলি তরুণ ও পুরাতন গণোরিয়া রোগীকে ফেগুরিল সেবন করাইয়া নির্দোষভাবে আরোগ্য করাইতে সক্ষম হইয়াছি। ইহা সেবনের সঙ্গে কোন রোগীকেই স্থানিক কোন ঔষধ প্রয়োগ বা ভ্যাঙ্কিন ইঞ্জেক্সন করা হয় নাই। একমাত্র ফেগুরিল সেবনেই সমুদয় রোগী আরোগ্য লাভ করিয়াছিল।

বিধি-নিষেধ :—এই ঔষধ সেবনসহ নিম্নলিখিত বিধি-নিষেধগুলি প্রতিপালন করা কর্তব্য। যথা—

(ক) শারীরিক পরিশ্রম, অধিকদূর ভ্রমণ, অশ্বারোহণ, সস্তরণ ও নৃত্য নিষিদ্ধ।

(খ) যাহাতে নিয়মিত অল্প পরিহার থাকে, তাহার উপায় করা কর্তব্য।

(গ) মধ্যাহ্ন ভোজনের সময় অল্প পরিমাণ জলপান করা উচিত এবং রাত্রে শয়নের পূর্বে আদৌ জলপান করা কর্তব্য নহে।

(ঘ) মদ্য, উগ্র চা, কফি, অতিরিক্ত মশলাযুক্ত বা উত্তেজক খাদ্য, রসুন, পলাণ্ডু ইত্যাদি নিষিদ্ধ।

(ঙ) প্রস্রাব করিতে যত্নগা হইলে ১ আউন্স জলে ২০ গ্রেণ সোডি বাইকার্ব মিশ্রিত করিয়া সেবন করিতে দিতে হইবে।



অজীর্ণ জনিত শূলবেদনা । (Colic due to Indigestion)

লেখক—ডাঃ শ্রী আব্দুল রশীদ তরফদার H. M. B.
(বড় ভাঙ্গপুর—হুগলী)

—:~:—

রোগিনী—নেজামপুর নিবাসী শ্রীযুক্ত * * * মহাশয়ের স্ত্রী । বয়স আনুজ ৪০ বৎসর । সধবা, ৪টা সন্তানের জননী ।

গত ৪ঠা ফেব্রুয়ারী (১৯৩০) রাত্রে ভাত খাইবার প্রায় দুই ঘণ্টা পরে, হঠাৎ রোগিনীর পেটে অসহ্য বেদনারম্ভ হয় । বেদনারম্ভ হইবার পর দুইবার দাঙ্গ হয় ; কিন্তু ইহা সহজ প্রকৃতির । পেটের অসহ্য যন্ত্রণায় রোগিনী একবার ঘরের ভিতর এবং একবার ঘরের বাহিরে যাইতে ছিলেন এবং খুব আর্তনাদ করিতেছিলেন । এইদিন রাত্রি হইতে পরদিন প্রাতঃকাল পর্য্যন্ত রোগিনীর ৭ বার বমন হইয়াছিল । প্রথম দুইবার বাস্তব পদার্থের সহিত গোটা ভাত এবং শেষে কেবলই পিত্ত বমন হইয়াছিল । অত্যন্ত পেটকাঁপা বর্তমান ছিল । পরদিন প্রাতঃকালে—চিকিৎসার জন্ত আমি আহৃত হই ।

আমি যখন রোগিনীকে দেখিলাম—তখন রোগিনী অসহ্য যন্ত্রণায়, পেটের উপর দুই হাত চাপিয়া ধরিয়া শয্যার উপর ছটফট করিতেছেন । রোগিনী বলিলেন—“বেদনা শূলবৎ এবং উহা অগ্রকড়ার (ষ্টার্ণাম) স্থান হইতে আরম্ভ হইয়া সমস্ত উদরে বিস্তৃত হইয়া পড়িতেছে” । নাড়ীর

গতি খুব দ্রুত, চক্ষু লোহিত বর্ণ এবং অত্যন্ত পেটের কাঁপ, রহিয়াছে । এই আখ্যানবশতঃ পেট ও বুক সমান হইয়া গিয়াছে । পেটের উপর হাত দিলেই অসহ্য যন্ত্রণা বোধ করিতেছেন । জল পিপাসা নাই ।

রোগিনী যন্ত্রণায় যেরূপ কাতর হইয়া পড়িয়াছেন, তাহাতে আর অধিক লক্ষণ সংগ্রহের কোন সুযোগ পাওয়া গেল না । তবে মোটা মুঠি এই বুঝিলাম যে, রোগিনীর ভুক্ত পদার্থ জীর্ণ না হইয়া উহা পাকস্থলীতে উৎসেচিত হইয়াছে এবং তজ্জনিত গ্যাস দ্বারা এই আখ্যান ও শূলবেদনার সৃষ্টি হইয়াছে । রোগিনীর যন্ত্রণার আশ্রয় উপশমার্থ নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম :—

Re.

ক্যালেকেরিয়া ফস্ ৬x

ম্যাগ্ ফস্ ৩x

নেট্রাম্ ফস্ ৬x

প্রত্যেকে ১ গ্রেন করিয়া মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা ।
এইরূপ ৩ মাত্রা ।

১ মাত্রা তৎক্ষণাৎ উষ্ণজল সহ সেবন করাইয়া দিলাম ।

ঔষধ সেবনের ৫ মিনিট পরেই রোগিণী ১ বার বমন করেন। ইহার ১৫ মিনিট পরেই আর এক মাত্রা ঔষধ দিলাম। ইহার কয়েক মিনিট পরেই বেদনার উপশম হওয়ায়, রোগিণী ঘুমাইয়া পড়িলেন।

প্রায় ষষ্ঠাধিক পরে রোগিণীর নিদ্রাভঙ্গ হওয়ার পর রোগিণী বলিলেন যে, পুনরায় সামান্য বেদনা বোধ হইতেছে। তখনই-বক্সী পুরিয়াটী সেবন করাইয়া দিলাম। এইবার রোগিণী পেটের উপর কোনও ঔষধ মালিশ করিবার প্রস্তাব জিজ্ঞাস্য, আমি কিঞ্চিৎ খাটি সর্ষপ তৈল লইয়া, তৎসহ ফেরাম্ ফস্ ২x, ৪।৫ গ্রৈণ পরিমাণ মিশাইয়া উহা উদরে মালিশ করিতে দিলাম। উক্ত মালিশটী দিবসে ২ বার ব্যবহার করিতে বলিলাম এবং নিম্নলিখিত ঔষধটী সেবন প্রভু ব্যবস্থা করিয়া বিদায় লইলাম। বখা :—

Re.

ক্যালকেরিয়া ফস্ ৬x

ফেরাম্ ফস্ ৬x

ম্যাগ্ ফস্ ৬x

নেট্রাম্ ফস্ ৬x

প্রত্যেকে ১ গ্রৈণ করিয়া একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ২ ঘণ্টান্তর কিঞ্চিৎ উষ্ণ জলসহ সেব্য।

পর্যায়াদি :—ডাবের জল, টাটকা মুড়ি ভিজান জল। বেদনা ও আত্মান না থাকিলে এবং কৃথা বোধ হইলে

পাংলা বালী কিঞ্চিৎ লেবুর রসসহ পান করিতে বলিলাম।

বৈকালে সংবাদ পাইলাম—রোগিণী বেশ সুস্থ আছেন। আত্মান বা শূলবেদনা আর নাই। আর কোনও ঔষধ দিতে হয় নাই।

অন্তব্য :—এই রোগিণীর আহার্য্য বস্ত্র পাকাশয়ে জীর্ণ না হওয়ায় উহা উৎসেচিত এবং তাহাতে গ্যাস জন্মিয়া এই শূলবেদনার উৎপত্তি হইয়াছিল। বমন হইয়া পাকাশয় শূন্য হওয়ায়, চিকিৎসার বিশেষ সুবিধা হইয়াছিল এবং এত সত্ত্বর ফল পাওয়া গিয়াছিল। এইরূপ শূল বেদনায় “অ্যাগ্ ফস্” এর নিরুশক্তি মন্ববৎ কার্য্য করিয়া থাকে। ‘আত্মান ও অজীর্ণতা দমন করিতে—‘সেট্রোম্ ফস্’ ৬x অব্যর্থ বলিলেও অত্যাুক্তি হয় না।

সর্ব্বশেষে আমি কৃতজ্ঞভাৱে, চিকিৎসা-প্রকাশের সুযোগ্য লেখক, স্বনামধন্য বাইওকেমিক-বিজ্ঞান গবেষক ডাক্তার শ্রীমহেশকুমার দাশ M. B. M. R. I. P. H. (Eng.) মহাশয়কে ও প্রবন্ধলেখিকা লেডি ডাক্তার—শ্রীমতী লতিকা দেবী M. D (Home) মহাশয়কে অশেষ ধন্যবাদ জ্ঞাপন করিতেছি। চিকিৎসা প্রকাশে তাঁহাদেরই উপদেশপূর্ণ মূল্যবান প্রবন্ধাদি পাঠে আমি বাইওকেমিক চিকিৎসার এতটা পক্ষপাতী হইয়াছি। ইহার আশু উপকারিতা দেখিয়া যুগপৎ আনন্দে ও প্রসন্ন্য এই চিকিৎসার পাদমূলে—নিজের মস্তক অবনত করিতে বাধ্য হইয়াছি।

গৃহদ্বার বিহীন নবজাত শিশুর চিকিৎসায় বাইওকেমিক ঔষধের উপকারিতা

লেখক—ডাঃ এ, কে, এম, জাহিরুল হক

হেল্প অফিসার, বাহেরচর, জিপুরা।



রোগী—বিক্রামপুর নিবাসী শ্রীব্রজ টুন্মিঞা সাহেবের একটি নবজাত শিশু। গত কার্তিক মাসের (১৩৩৬ সালে) ৪ঠা তারিখে এই শিশুটি জন্মগ্রহণ করে। ৬ই কার্তিক আমি এই ছেলেটির চিকিৎসার্থ আহূত হই।

পূর্বাবস্থাঃ—৪ঠা কার্তিক প্রাতে: শিশুটি জন্মগ্রহণ করে। ৫ই তারিখের বিকাল বেলা ছেলেটির পেট অত্যন্ত ফুলিয়া উঠে। ইহা দেখিয়া শিশুর পিতা তৎক্ষণাৎ স্থানীয় সরকারী ডাক্তার বাবুকে ডাকিয়া আনেন। তিনি পরীক্ষা করিয়া এবং অনুসন্ধানে জ্ঞাত হন যে, শিশুটি এ পর্য্যন্ত বাহ্যে করে নাই এবং করিবার উপায়ও নাই। কারণ, শিশুর গৃহদ্বার আবদ্ধ অবস্থায় আছে। এতদৃষ্টে উক্ত ডাক্তার বাবু অন্ত্রোপচার করা প্রয়োজন মনে করিয়া, তদ্বিষয় জ্ঞাপন করেন। কিন্তু অস্ত্র করিলে ছেলেটি মারা যাইবে মনে করিয়া, বাড়ীর লোকে অস্ত্র করাইতে সম্মত হয় নাই। সুতরাং অন্ত্রোপায় দেখিয়া, ডাক্তার বাবু হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করাইতে উপদেশ দিয়া বিদায় হন। অতঃপর আমি আহূত হই।

৬ই কার্তিক :—প্রাতে: আমি উপস্থিত হইয়া উল্লিখিত ব্যাপার জ্ঞাত হইলাম। পরীক্ষা করিয়া দেখিলাম যে, ছেলেটির পেট অত্যন্ত ফাঁপিয়া আছে, পেটের ভিতর গড়্ গড়্ শব্দ হইতেছে এবং শিশু অনবরতঃ কঁোকাইতেছে। গৃহদ্বারের চিল্ল মাত্রও নাই—গৃহদ্বারের

মুখ মোটা চামড়া দ্বারা আবৃত। প্রক্ৰাব বারে বারে হইতেছে।

বাহাতে ঔষধ খাওয়াইয়া ইহার প্রতিকার হয়, তজ্জন্ম বাড়ীর সকলেই বিশেষভাবে অমুরোধ করিতে লাগিলেন। বলা বাহুল্য, এরূপ ক্ষেত্রে অন্ত্রোপচারই উপযুক্ত ব্যবস্থা। যাহা হউক, বাইওকেমিক ঔষধে কিরূপ ফল হয় দেখিয়া, পরে বাহা হয় করা যাইবে মনে করিয়া, নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

Re.

সাইলিসিয়া ৩x ... ১ গ্রেণ।

একমাত্র। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ঔষধ মাতৃস্তনের সহিত মিশাইয়া, ২-ঘণ্টান্তর সেবন করাইতে বলিলাম।

এই কার্তিক :—অতি প্রভাতে শিশুর পিতা প্রফুল্ল মুখে আসিয়া সংবাদ দিলেন যে, কলা ৪ মাত্রা ঔষধ সেবনের পরই গৃহদ্বারের পর্দা ছিড়িয়া অনেকখানি মল নির্গত হইয়াছিল। আরও দুই মাত্রা ঔষধ সেবন করানর পর শেষরাত্রে ৩ বার বেশ স্বাভাবিক দাঙ্গ হইয়াছে। পেটের ফাঁপ আর আদৌ নাই। আমিও বাইয়া দেখিলাম যে, শিশুটি বেশ ভালই আছে, কোন উপসর্গ নাই। গৃহদ্বার উন্মুক্ত হইয়াছে। আর কোন ঔষধ সেওয়ায় প্রয়োজন নাই বলিয়া বিদায় হইলাম। ছেলেটি এখনও পর্য্যন্ত ভালই আছে।



হোমিওপ্যাথিক অংশ ।

২৩শ বর্ষ

১০৭৭ সাল—বৈশাখ

১ম সংখ্যা

হোমিওপ্যাথিক মতে—পশুচিকিৎসা

লেখক—ডাঃ শ্রীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক । মহানাদ, জগলি ।

—*):(*):(*—

বিগত কার্তিক মাসের (১৩৩৬) চিকিৎসা-প্রকাশে ডাঃ শ্রীযুক্ত রামকিশোর শীল H. M. B. মহাশয়ের লিখিত “পশু চিকিৎসায় হোমিওপ্যাথিক ঔষধ” শীর্ষক প্রবন্ধ পাঠে, গীতার কথাই সর্বাগ্রে মনে হয় । শ্রীভগবান বলিয়াছেন—

“মহুয়াগাং সহস্রেনু কশ্চিদ্ যততি সিদ্ধয়ে ।”

অর্থাৎ—সহস্র সহস্র মহুয়ের মধ্যে কেহ কেহ সিদ্ধির জন্য প্রযত্ন করেন ।

সহস্র সহস্র চিকিৎসকের মধ্যে আজ রামকিশোর বাবুকে গো রক্ষায়—গো চিকিৎসায়—বিশেষতঃ, দরিদ্র রাখানাদ দাসের একমাত্র সম্বল গরুটির প্রাণ রক্ষার্থ প্রযত্ন করিয়া সিদ্ধিলাভ করিতে দেখিয়া, রাখানাদ ও রামকিশোর

বাবুর ছায় আমারও আনন্দিত হইবার যথেষ্ট কারণ আছে । ডাঃ রামকিশোর বাবুর পছা অনুপরণ করিয়া সকল হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকই গৃহপালিত পশুকুলের—বিশেষতঃ, গৃহীর পরম ধন গোধনের অকাল-মৃত্যু নিবারণের জন্য স্বীয় শক্তি নিয়োজিত করিবেন, ইহা দুরাশা না হইলেও, যদি সহস্রের মধ্যে একজন চিকিৎসকও এই কার্যে আত্মনিয়োগ করেন, তাহা হইলেও দেশের যে কত উপকার হয়, দেশের কত ক্ষতি নিবারিত হয়, তাহা বলিয়া শেষ করা যায় না । পক্ষান্তরে, হোমিওপ্যাথিক ঔষধ দ্বারাও যতদূর উপকার লাভ হইতে পারে, আমরা তাহা সম্যক্রূপেই পাইতে পারি । গবাদি পশুগণের পীড়ায় হোমিওপ্যাথিক ঔষধ যে, কিরূপ আশু ফলপ্রদ ;

তাহার সম্বন্ধে আমার ভূয়োদর্শনের কথা আজ চিকিৎসা-প্রকাশের পাঠকবর্গকে একটু শুনাইব।

(১) গরুর গলা ফুলে :—অনেক দিনের কথা, মহানাদের অমৃতলাল হালদারের একটি দুগ্ধবতী গাভীর গলা ফুলে এবং ইহার চিকিৎসার্থ স্থানীয় গো-বৈদগণ আহূত হয়। তাহারা শিকড় মাকড় ঔষধ কিছুই খাওয়াইতে পারে নাই। কারণ, গরুটির কিছুই গিলিবার শক্তি ছিল না এবং সর্বদা নাক মুখ দিয়া লালান্দ্রাব হইতেছিল। তখন একজন গো-বৈদগ উত্তপ্ত লৌহ (দাণ্ডনি) দ্বারা দুই কাণের পার্শ্ব দিয়া সমস্ত গলা বেড়িয়া এবং গলাতেও যে যে ম্যাণ্ড ফুলিয়াছিল, তাহার উপরেও পোড়াইয়া দিয়াছিল। কিন্তু তাহাতে কিছুমাত্র উপকার না হওয়ায় তাহারা বলিয়াছিল—“ইহা এক প্রকার প্লেগ রোগ, এ রোগে প্রায়ই কোন গরু বাঁচে না, সুতরাং ইহার জীবনের আশা আর নাই”। তখন অমৃতলাল হতাশ হইয়া বিষমুখে আমার নিকটে আসে ও তাহার প্রিয় গাভীটির পীড়ার অবস্থা জানায় এবং কোন হোমিওপ্যাথিক ঔষধ খাওয়াইলে গাভীটি আরাম হইতে পারে কি না, তাহা জানিতে চায়। সে আমার নিকটে ঔষধ চাহে নাই। কারণ, তখন একজন হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক (শরৎ বাবু) তাহার একটি কন্ডার চিকিৎসা করিতেছিলেন, তাহার নিকট হইতেই ঔষধ লইবার অভিপ্রায় ব্যক্ত করিয়াছিল। দুইটি কারণে তাহা আমার পক্ষে আনন্দ দায়ক হইয়াছিল। উহার একটি কারণ—আমার নিকটে গরুর জন্তু সমাগত ঔষধ প্রার্থীকে বিনামূল্যেই ঔষধ দিতাম, এক্ষেত্রে আমার ঔষধ খরচ হইল না। অপর কারণ—গাভীটি যদি আরোগ্য হয়, তাহা হইলে ঐ চিকিৎসকও তাহা দেখিয়া মুগ্ধ হইবেন এবং হোমিওপ্যাথিক ঔষধ দ্বারা আমরা যে সকল জীবেরই রোগ আরোগ্য করিতে পারি; ইহাও তাহার শিক্ষা হইবে। বাহা হউক, আমি অমৃতকে বলিয়াছিলাম—“তোমার ডাক্তার বাবুর নিকট হইতে খানিকটা সুগার অব মিল্কের সহিত মার্ক-সল ৬, নামক ঔষধ প্রত্যেকবারের

জন্ত পাঁচ ফোঁটা মিশাইয়া, চারিটি পুরিয়া প্রস্তুত করিয়া লইবে এবং তাহা তিন চারি ঘণ্টা অন্তর গাভীটির মুখ হা করিয়া জিহ্বার উপর ঢালিয়া খাওয়াইবে, অথবা জিহ্বার মাথাইয়া দিলেও চলিবে”। হোমিওপ্যাথিক ঔষধ খাওয়াইবার একটা নিয়ম আছে। যে সকল গরুর—বিশেষতঃ, বাহাদের মুখ দিয়া লালান্দ্রাব হয়, ঔষধ খাওয়াইবার পূর্বে ঐষদুগ্ধ জল দ্বারা তাহাদের মুখের ভিতর বেশ করিয়া ধোয়াইয়া দিতে হয়। অমৃতকেও ইহা বুঝাইয়া বলিয়া দিয়াছিলাম। “এইরূপই করিব” বলিয়া অমৃত চলিয়া গেল। সেদিন তিনবার ঔষধ খাওয়ান হইয়াছিল।

পরদিন প্রাতে দেখা গিয়াছিল—গাভীর মুখ দিয়া আর লালান্দ্রাব হয় নাই এবং অল্প ঘাস খাইতে দেওয়ায় তাহা আগ্রহের সহিতই খাইতে পারিয়াছিল। সেদিনেও মার্ক-সল ৬, তিনবার খাওয়ান হয় এবং তৎপর দিন গাভীটি সম্পূর্ণ সুস্থ হইয়াছিল। ইহা দেখিয়া অমৃতের আনন্দের আর সীমা ছিল না এবং ঐ চিকিৎসকের সহিত আমার সাক্ষাৎ হইলে, তিনি আমাকে বলিয়াছিলেন—গরুর পীড়ায় যে, হোমিওপ্যাথিক ঔষধে অত্যন্ত সুফল পাওয়া যায়, তাহা জানিতাম না; সে দিন আপনার ব্যবস্থা মত হালদার মহাশয়ের একটি মৃতপ্রায় গাভীকে মার্ক-সল খাওয়ান হইয়াছিল, ঐ গাভীটি হোমিওপ্যাথিক ঔষধের গুণেই বাঁচিয়া গিয়াছে।

(২) গরুর রক্তমাশয় :—মহানাদের নিকটবর্তী রামনাথপুর নামক গ্রামে অনেক গোয়ালার বাস আছে। দুগ্ধ ব্যবসায়ই তাহাদের উপজীবিকা। সুতরাং ঐ গ্রামে তাহারা বহুসংখ্যক গো-পালন করিয়া থাকে। এক সময়ে যতীন পাল নামক এক ব্যক্তির একটি দুই তিন মাস বয়সের বাছুর রক্তমাশয় রোগে আক্রান্ত হয় এবং দেশীয় নানা প্রকার ঔষধ সেবনেও আরোগ্য না হওয়ায়, আমার নিকট হইতে হোমিওপ্যাথিক ঔষধ লইয়া যায়। আমি তাহাকে ১৬ ফোঁটা মার্ক-সল ৬, দ্বারা ৮টি পুরিয়া প্রস্তুত করিয়া, প্রত্যহ ৪ বার খাওয়াইতে

বলিয়াছিলাম। ঐ দুই দিন ঔষধ সেবনেই বাছুরটি সম্পূর্ণ রূপে রোগ মুক্ত হয়। তাহার পর হইতে অনেকে আমার নিকট হইতে গরু বাছুরের নানা প্রকার রোগের ঔষধ লইয়া গিয়া বিশেষ উপকার হইতে দেখিয়া, উহারা হোমিওপ্যাথির পক্ষপাতী হইয়া পড়িয়াছে।

(৩) **ঘোড়ার জলবৎ ভেদ :-** ঐ রামনাথপুরের এলোপ্যাথিক ডাক্তার শ্রীযুক্ত রামকিশোর ঘোষের একটা ঘোড়ার জলবৎ ভেদ হইতে থাকে। যাহারা ঘোড়ার চিকিৎসা করে, নানাস্থানের সেই সকল চিকিৎসকের অনুসন্ধান করিয়া, তাহাদের ঔষধ ঘোড়াটিকে খাওয়ান হয়, কিন্তু কিছুতেই ঘোড়াটি আরোগ্য হয় না। এই সময়ে একজন হিন্দুস্থানী সহিস তাঁহার ঘোড়ার জন্ত নিযুক্ত হয়। ঐ সহিসটি পূর্বে মেদিনীপুর জেলায় কোন ডাক্তারের ঘোড়ার সহিস ছিল। সে রামকিশোর বাবুর ঘোড়ার ঐ প্রকার পীড়া দেখিয়া তাঁহাকে বলিয়াছিল—“এই ঘোড়ার ঔষধ মহানাদ গ্রামে পাওয়া যায়। আমি যখন মেদিনীপুরে থাকি, তখন আমার ডাক্তার বাবুর ঘোড়ার এই প্রকার পাতলা বাহু হইত এবং এই মহানাদ হইতে ডাকঘরের মারফতে তিনি ঔষধ লইয়াছিলেন, ইহা আমি জানি এবং সেই ঔষধ কয়েকবার খাওয়াইতেই ঘোড়াটি আরোগ্য হইয়াছিল, আমি নাম ঠিকানা জানি না, আপনি তাহা অনুসন্ধান করুন।” তৎপরে রামকিশোর বাবু আমার নিকটে আসিয়া ঔষধ লইয়া যান। আমি তাহার ঘোড়ার জন্ত ছয় কোঁটা মাত্রায় **কল্‌চিকাম্ ২০০**, চারিটি পুরিয়া প্রস্তুত করিয়া তাহা প্রত্যহ দুইবার করিয়া দুই দিনে খাওয়াইতে বলিয়াছিলাম। ঐ চারিবার ঔষধ খাওয়ানর পরই ঘোড়াটির মল, স্বাভাবিক মলে পরিণত হইয়াছিল। আর ঔষধ দিতে হয় নাই।

বর্ষাকালে অতিরিক্ত কচি ঘাস খাইয়া গো, মহিষ, জর, মেঘ ও ছাগ প্রভৃতির উদরাময় বা তরল মল নির্গত হয়, এইরূপ উদরাময়ে **কল্‌চিকাম্ ২০০**, অব্যর্থ কছৌষধ।

“হোমিওপ্যাথিক মতে পশু চিকিৎসা” পুস্তক প্রণয়ন জন্ত আমি এক সময়ে কতিপয় বৎসর গবাদি পশুগণের পীড়ায় হোমিওপ্যাথিক ঔষধের গুণ পরীক্ষা করিবার অভিপ্রায়ে, আমার নিকটবর্তী পল্লীসমূহে অধিক ঔষধ প্রার্থী পাইবার জন্ত বিনামূল্যে হোমিওপ্যাথিক ঔষধ বিতরণ করিতে আরম্ভ করিয়াছিলাম। কিন্তু তাহাতে আমার উদ্দেশ্য সম্পূর্ণরূপে সফল হইতেছিল না। কারণ আমি চাই—হাজার হাজার প্রার্থী। সেজন্ত গবাদির কতকগুলি আশু প্রাণনাশক কঠিন রোগের—বাহা গাছ-গাছড়া প্রভৃতি প্রাচীন চিকিৎসায় আরোগ্য হয় না, সেই সকল রোগের হোমিওপ্যাথিক ঔষধ—পেটেট ঔষধের আকারে প্রচার করিতে কৃতসংকল্প হইয়াছিলাম এবং সেই জন্ত একখানি রোগ-বিবরণসহ ঔষধের মূল্য নিরূপণ পুস্তিকা বহু সংখ্যক মুদ্রিত ও নানাস্থানে ডাকঘোগে বিতরণ করিয়াছিলাম। তাহার ফলে আমার ঔষধ প্রচার কার্য খুব বিস্তৃত হইয়াছিল।

কিন্তু আমি যে সকল বিদেশস্থ গ্রাহক পাইয়াছিলাম, তাঁহাদের মধ্যে দরিদ্র গৃহস্থের সংখ্যা খুব কমই ছিল, কি একেবারেই ছিল না। কেবল রাজা, মহারাজা, জমিদার, উকিল প্রভৃতি ধনবান ব্যক্তিগণই গ্রাহক হইয়াছিলেন। ইহার কারণ এইরূপ বুলিয়াছিলাম যে, গবাদি পশুগণের পীড়ায় যে বিজ্ঞানসম্মত ঔষধ আছে, তাহা দেশের অধিকাংশ লোক—বিশেষতঃ, সাধারণ গৃহস্থগণ এখনও কিছুই অবগত নহেন এবং ইহা অনেকে বিশ্বাসও করেন না। গবাদির পীড়ায় মূল্য দিয়া ঔষধ খাওয়াইতেও অনেকে অনভ্যস্ত। পক্ষান্তরে, রাজা, মহারাজা প্রভৃতি ঔষধের মূল্য দিতে কিছুমাত্র কাতর নহেন। তাঁহারা, চাহেন—উপযুক্ত চিকিৎসকের প্রদত্ত আশু উপকারক ঔষধ। চিকিৎসা পুস্তক তাঁহাদের তত প্রিয় নহে। কারণ, পুস্তক দেখিয়া চিকিৎসা করার সুরোগ, সুরবিধা বা সময় তাঁহাদের নাই। যাহা ইউক আমার ঐ পরীক্ষার ফল অতি সন্তোষজনক হওয়ার বঙ্গাব্দ ১৩১৫ সালে বাঙ্গালা ভাষায় সর্বপ্রথম গ্রন্থ “গো-জীবন”

৪র্থ ভাগ বা “হোমিওপ্যাথিক মতে পশু-চিকিৎসা” প্রকাশিত হয়। পরে ১৩১১ সালে ঐ ৪ খণ্ড “গো-জীবন” একত্রে গ্রথিত করিয়া ও আগাগোড়া নূতন করিয়া লিখিয়া পরিবর্দ্ধিত আকারে একখণ্ডে ৫ম সংস্করণ বাহির করিয়াছি। উহাতে “পূর্ণাহতি” শীর্ষক অধ্যায়ে উল্লিখিত পেটেন্ট ঔষধে কি কি হোমিওপ্যাথিক ঔষধ দেওয়া হইত তাহা প্রকাশ করিয়া দিয়াছি এবং সাধনায় সিদ্ধিলাভের পর নিষ্ক্রিয় হওয়ায় কার্য্যও বন্ধ হইয়া গিয়াছে।

(৪) গাভীর দুগ্ধাশ্রয়তা ও দুগ্ধাভাব :-

ময়মনসিংহ—সুসজ্জের মহারাজারা গো-পালন ও গো-রক্ষার জন্ত দেশে বিখ্যাত। ইহাদের অনেক দুগ্ধবতী দেশী ও মূলতানী গাভী আছে। ইহাদের একটি গাভী কয়েক মাস প্রসবের পরই প্রচুর দুগ্ধ দিতে দিতে হঠাৎ একেবারে দুগ্ধ বন্ধ করিয়া দেয়। সেজন্ত মহারাজ ৮কমল কৃষ্ণ সিংহ বাহাদুরের কনিষ্ঠ ভ্রাতা শ্রীযুক্ত রাজা শিবকৃষ্ণ সিংহ (একধে কাশীবাস করিতেছেন) আমাকে ঔষধ পাঠাইতে লিখেন। আমি ঔষধ পাঠাইয়াছিলাম। ঐ দুগ্ধ বৃদ্ধিকারক পেটেন্ট ঔষধের নাম রাখিয়াছিলাম “মশোদা ভাণ্ড”। ইহা তিন প্রকার (১ নং, ২ নং, ৩ নং) ছিল এবং প্রত্যেক প্যাকেটে ৪ দিনের সেবনোপযোগী ১২ পুরিয়া ঔষধ দেওয়া হইত। যে দুগ্ধবতী গাভীকে অত্বেবার প্রসবের পর হইতেই দুগ্ধহীন বা স্বল্প-দুগ্ধদাত্রী দেখা যাইত, তাহার জন্ত ল্যাক-ডিক্লোরোটেডাম্ অথবা এসাফিটিডা সেবনের ব্যবস্থা করিতাম (ক্রেতাগণ পত্র লিখিবার সময় অবস্থা জানাইতেন, সেজন্ত ঔষধ নির্দোষে আমার প্রায়ই তুল হইবার সম্ভাবনা ছিল না)। কিন্তু ৪৫ মাস প্রসবের পর হঠাৎ দুগ্ধ কমিলে আমি ক্যামোমিলা ১২, ব্যবস্থা করিতাম। কারণ, ঐরূপ সময়ে গাভীর গর্ভিণী হইবার সম্ভাবনা হয় এবং অনেক স্থলে কামাতুরা গাভীর দুগ্ধ কমিয়া যায়। সেজন্ত ক্যামোমিলা খাওয়াইলে দুগ্ধ বাড়ে। আবার ঠাণ্ডা বাতাস লাগিয়াও দুগ্ধ কমে ও গাভী লাধি ছোঁড়ে, উহাতেও ক্যামোমিলা ফলপ্রসূ। সেজন্ত

আমি ক্যামোমিলা ১২ পাঠাইয়াছিলাম এবং ইহাতে পুনরায় উক্ত গাভী পূর্বের ত্রায় দুগ্ধ দিয়াছিল। রাজা শ্রীযুক্ত শিবকৃষ্ণ সিংহ বাহাদুর উহার উপকারিতায় এতদূর মুগ্ধ হইয়াছিলেন যে, অত্বে ঔষধ লইবার সময় “মশোদা ভাণ্ড”ও কিছু পাঠাইতে লিখিতেন।

পূর্বের বলিয়াছি—আমার এই ঔষধ প্রচার কার্য্য অল্প দিনের মধ্যেই আশাশ্রুত বিন্যস্ত হইয়া পড়িয়াছিল। একদিন দেখি—স্বর্গীয় মহারাজা কুমুদচন্দ্র সিংহের ভাগিনের পূর্বধলা নিবাসী শ্রীযুক্ত যতীন্দ্র নাথ সিংহ মহাশয় তাঁহার একটি তিন শত টাকা মূল্যের মূলতানী গাভীর পীড়ার জন্ত আমার পরামর্শ প্রার্থী হইয়াছেন ও লিখিয়াছেন—“আমার বিশ্বাস বঙ্গদেশে গো-চিকিৎসায় এমন কোন ব্যক্তি নাই, যিনি আপনার সহিত তুল্য বিবেচিত হইতে পারেন। আপনার “গো-জীবন” অনুসারে বাড়ীর ও গ্রামের অনেক ব্যক্তির অনেক গাভীকে চিকিৎসা করিয়া ফল পাইয়াছি এবং আপনাকে প্রাণ ভরিয়া শ্রদ্ধা করিয়াছি। ভগবান আপনার মঙ্গল করুন”।

এইরূপ নানাস্থানের অনেক মহাত্মভব ব্যক্তি গরুর অকাল মৃত্যু নিবারণের জন্ত গরুর চিকিৎসা করিতেছেন, সে খবর আমার নিকটে বধেই আছে। কিন্তু এ পর্য্যন্ত গরুর চিকিৎসা করিয়া একজনও মহামূর্থ গো চিকিৎসক শব্দের আভিধানিক অর্থ) নামে অভিহিত হইয়াছেন, সেরূপ সংবাদ একটিও আমার জানা নাই। হোমিওপ্যাথিক ঔষধ প্রকৃতই স্বর্গের স্নান—হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা প্রকৃতই এ যুগের সকল জীবের জীবন রক্ষার একমাত্র সর্বশ্রেষ্ঠ উপায়।

নোয়াখালী জেলার অন্তর্গত বাশপাড়ার জমিদার শ্রীযুক্ত লালমোহন চৌধুরী, ফেলী মোকামের জমিদার শ্রীযুক্ত মথুরামোহন চৌধুরী মহাশয়গণ বহু গো-পালন করেন। ইহারা—বিশেষতঃ, লালমোহন বাবু আমার পেটেন্ট ঔষধের গুণে মুগ্ধ হইয়া নিজের ও স্বীয় জমিদারীর প্রজাবর্গের গরুর জন্ত যে কত ঔষধ লইয়াছেন; তাহার সংখ্যা হয় না। ইনি প্রধানতঃ গো-বসন্ত, গরুর গলাফুলা ও

রক্তমাশয়, এই কয়েক প্রকার রোগের ঔষধ রাশি রাশি প্রচারের ব্যবস্থা করিয়াছিলেন। অবশ্য এই রোগগুলিই গরুর পক্ষে ভীষণ মারাত্মক এবং হোমিওপ্যাথিক ঔষধই ইহাতে সর্বোৎকৃষ্ট।

(৫) **গরুর বসন্ত রোগ** :—একদিন রাত্রি ৮টার সময় আরজেন্ট টেলিগ্রাম আসিল। দিনাজপুর—বালুরঘাট হইতে জমিদার ও উকিল শ্রীযুক্ত গোপাল চন্দ্র চট্টোপাধ্যায় মহাশয় গরুর বসন্তরোগের ঔষধ এক ডজন ও বসন্ত রোগের প্রতিষেধক (Preventive) এক ডজন সম্বন্ধ পাঠাইতে বলিতেছেন। তাঁহার বহুসংখ্যক গরু আছে। তিনি পূর্বে আমার পেটেন্ট ঔষধ ব্যবহারে প্রত্যক্ষ ফল পাইয়াছিলেন, এইজন্ত সেখানে এই সময় গো-বসন্ত রোগ মহামারী আকারে প্রকাশ পাওয়ায়, ঐ দুই প্রকার ঔষধ সম্বন্ধ সংগ্রহ করিবার জন্ত টেলিগ্রাম করিয়াছেন। পূর্বে বলিয়াছি—গরুর বসন্ত রোগ হইলে প্রায় অধিকাংশ গরুরই মৃত্যু দিয়া লালস্রাব হয় ও রক্তমাশয়ের ভ্রায় বহুবার ভেদ হইতে থাকে। ইহা **মার্ক-সলেন্স** অতি প্রসিদ্ধ লক্ষণ এবং পরীক্ষায় জানিতে পারিয়াছি—শতকরা ৯৫টা গরু মার্ক-সল সেবনে আরোগ্য হয়। ঐ ঔষধ ৩০।৪০ ফোঁটা একটু বেশী পরিমাণে (মানুষের চতুর্গুণ) সুগার অব মিষ্টকের সহিত মিশ্রিত করিয়া, উহাতে ৮টা পুরিয়া প্রস্তুত হইত, তাহাই এক প্যাকেট; ইহার মূল্য ৥০ আট আনা, ধার্য্য করিয়াছিলাম। উহাতে একটি গরু নিশ্চয়ই আরাম হয়। ইহারই এক ডজন অর্থাৎ ১২টা প্যাকেট পাঠাইতে হইবে। যে সময় গ্রামে বা পাড়ায় গরুর বসন্ত রোগ হইতে থাকে, সেই সময় **অ্যাক্সিনিমাম্ ২০০** পাঁচ ফোঁটা মাত্রায় প্রত্যেক স্থস্থ গরু বাছুরকে একবার করিয়া খাওয়াইলে, তাহার আর বসন্ত রোগ হইতে পারে না। এই ঔষধ ঐরূপ মাত্রায় দশ পুরিয়ায় এক প্যাকেট প্রস্তুত করিলাম এবং তাহার মূল্য ১০ চারি আনা নির্দ্ধারিত করিয়াছিলাম। এরূপ কম বেশী মূল্য নির্দ্ধারণের কারণ—ইহা ব্যবসায়েরই এক প্রকার রীতি বৃদ্ধিতে

হইবে। আমি জানি—একজন খ্যাতনামা চিকিৎসকের নিকটে একজন রোগী তাঁহার প্রদত্ত ঔষধের মূল্য কত জিজ্ঞাসা করিলে, ঐ চিকিৎসক বলিয়াছেন “একটাকা সাড়ে আট আনা”। যাহাউক এই দুই প্রকার দুই ডজন ঔষধের দাম হইল ৯২ নয় টাকা। আমার খরচ—ঔষধ, সুগার, কাগজ, ঔষধ প্রস্তুতের মজুরি, বিজ্ঞাপনাদি অন্ত্যন্ত ব্যয়ের অংশ ইত্যাদি সর্বস্বকমে ৩ তিন টাকার অধিক নহে, সুতরাং কত লাভ বুঝুন। ধনুস্তরীর প্রদর্শিত পথে সিদ্ধিলাভ অনিবার্য্য, চিকিৎসা-কার্য্যে চতুর্দর্শ না হউক, ধর্ম্মার্থ লাভ নিশ্চয়ই হয়।

কতকগুলি রাজা রাজড়ার কথায় আর পুঁথি বাড়াইবার প্রয়োজন নাই। এখন কথা হইতেছে—হোমিওপ্যাথির এই যে একটা দিক অপচয় হইয়া যাইতেছে, বাক্শক্তিহীন গৃহপালিত জীবকুলের অকাল-মৃত্যু নিবারণের এমন সুন্দর উপায় থাকিতেও, তৎপ্রতি হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকণের দৃষ্টি নাই, ইহা অপেক্ষা দুঃখের বিষয় আর কি হইতে পারে?

উচ্চ নীচ, ব্রাহ্মণ চণ্ডাল এ সকল ভেদাভেদ চিকিৎসকের অন্তরে স্থান পাইতে পারে না। ধর্ম্মীর প্রাসাদ দরিদের কুটীর, হিন্দু, অহিন্দু, সকলের গৃহেই চিকিৎসক যাতায়াত করিয়া থাকেন। ইহা কি কেবল রক্ত খণ্ডের লোভে? না—ইহার ভিতরে বিপ্লবের সহায়তা, সর্বত্র সমদর্শন এরূপ একটা মহান্ ভাব নিহিত আছে? যদি থাকে, তবে চিকিৎসকের কার্য্য কেবল মানুষের ভিতরেই সীমাবদ্ধ না রাখিয়া, সকল জীবের দয়া করা কি প্রকৃত চিকিৎসকের কার্য্য নহে? গৃহপালিত পশুকুলের চিকিৎসা করিলে কি দেশের, দশের এবং নিজের উপকার করা হয় না? কিন্তু ধর্ম্মার্থে মস্তকে শিখা ধারণ কিবা নাসিকায় তিলক ও কণ্ঠে মালা ধারণ করিলে “কিরূপ মানাইবে, লোকে কি বলিবে” এরূপ চিন্তাবিভ্রম ঘটিলে যেমন শিখা, তিলক-মালা ধারণ করা তাঁহার পক্ষে সম্ভব হয় না, সেইরূপ “আমি একজন খ্যাতনামা চিকিৎসক; আমি গরুর চিকিৎসা করিলে পাছে ছোট হইয়া যাই, লোকে

যদি গোটিকিংসক বলিয়া উপহাস করে", এরূপ মনে করিলে তাঁহার দ্বারা গোমাতার উপকারের কোন আশা নাই। তিনি কেবল আত্মজীবন গোমাতার দ্বন্দ্ব যতাদি খাইয়। আত্মতৃপ্তি—নিজের নখর দেহের পুষ্টিসাধনই করিলেন,

স্বযোগ সুবিধা পাইয়াও যে, অকৃতজ্ঞের দ্বার যাতৃসেবার দ্বন্দ্ব হইবার সৌভাগ্য লাভ তাঁহার অদৃষ্টে ঘটিল না, ইহা নিশ্চিতরূপেই বলা যাইতে পারে।

কলেরায় নূতন উপসর্গ

A new complication in cholera

লেখক—ডাঃ শ্রীবিধুভূষণ তরুণদাস M. D. (Homœo) L. C. P. S.

রোগী—বাগি জাতীয় জনৈক যুবক; বয়ঃক্রম ১৮ বৎসর। গত ১লা মাঘ (১৩৩৬ সাল) এই যুবকটীর চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

পূর্ব ইতিহাস :—প্রায় দুইমাস পূর্বে রোগী নিউমোনিয়া পীড়া আক্রান্ত হইয়া, ১৫/১৬ দিন ভুগিয়া আরোগ্য লাভ করে; কিন্তু শরীর দুর্বল থাকে। এই অবস্থায়ও পরিশ্রমসাধ্য কৃষিকার্য্য করিতেছিল। গত পৌষ সংক্রান্তির দিন চাউলের গুড়া দ্বারা প্রস্তুত পিষ্টকাদি অধিক পরিমাণে ভক্ষণ করে। এই দিন রাত্রিকালে উদরে অসহ্য যন্ত্রণা হইয়া ১লা মাঘ প্রাতঃকাল হইতে ভেদ বমন আরম্ভ হয়। এই সময় এতদকালে কলেরায় প্রাদুর্ভাব বর্তমান ছিল।

বর্তমান অবস্থা : ১লা মাঘ বেলা ১০টার সময় এই রোগীর চিকিৎসার্থ আহৃত হইয়া, রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম। যথা—

- (ক) নাড়ী স্পন্দন রহিত, চক্ষু কোটরাগত;
- (খ) দুর্বল গিপাসা, জলপান মাত্রই বমন ও তৎসহ দাস্ত হইতেছে;
- (গ) বমি নীলবর্ণ বিশিষ্ট ও গাঢ় ফেনের স্থায়;

- (ঘ) দাস্ত তরল—চাউল ধোয়া জলের স্থায়;
- (ঙ) প্রস্রাব বন্ধ। প্রাতে: ৩৪ বার ভেদ ও বমনের পরই প্রস্রাব বন্ধ হইয়াছে;
- (চ) উদরে অসহ্য বেদনা;
- (ছ) হাত পায়ে ও উদরে খিল ধরিতেছে;
- (জ) গাত্র শীতল ও শীতল ঘর্মে সিক্ত;
- (ঝ) চোখ; মুখ নীলবর্ণ ও বসিয়া গিয়াছে, শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত;

উল্লিখিত অবস্থা দৃষ্টে নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

১। Re.

ভিরেটাম এলবাম ৬, ... ৬ মাত্রা;

প্রতি মাত্রা অর্দ্ধ ঘণ্টান্তর সেব্য।

২। টিউব ওয়েলের জল গরম করিয়া ঈষদ্বক অবস্থায় ইচ্ছামত পান করিতে বলিলাম।

১লা মাঘ বেলা ২টা :—ভেদবমন কম পড়িয়াছে, অস্ত্রান্ত উপসর্গ সমভাবেই আছে। পুনরায় ভিরেটাম এলবাম ৬০, ৮ মাত্রা দিয়া, প্রতিমাত্রা ১ ঘণ্টান্তর সেবন করিতে বলিলাম।

২রা আশ্ব বেলগ ৯টা :—রোগী দেখিলাম ; সম্পূর্ণ কোল্যাপ্স অবস্থা, নাড়ী নাই, ভেদ বমন নিবৃত্তি হইয়াছে, পায়ের ডিমে খিল ধরিতেছে, বমনোদ্বেষ্ট হইতেছে। প্রস্রাব হয় নাই। অস্ত্রান্ত উপসর্গ পূর্ববৎ আছে। জিহ্বা সাদা ময়লাবৃত্ত, শুষ্ক এবং প্যাপিলি সমূহ লাল ও উন্নত। (২) হাইড্রোসিয়ানিক এসিড ৩৫, ৬ মাত্রা দিয়া, প্রতিমাত্রা এক ঘণ্টান্তর সেবন করিতে বলিলাম। গরম জল পানে অনিচ্ছুক হওয়ায়, ঠাণ্ডা জল দিতে বলিলাম।

২রা আশ্ব সন্ধ্যার সময় ৯—নাড়ী পাওয়া যাইতেছে, গাত্র উষ্ণ হইয়াছে, বমনোদ্বেষ্ট কম, প্রস্রাব হয় নাই। (৩) এসিড হাইড্রোসিয়ানিক ৬, ৬ মাত্রা দিয়া, প্রতিমাত্রা একঘণ্টা অন্তর সেবন করিতে বলিলাম।

৩রা আশ্ব প্রাতে: ৯টা :—মনিবন্ধে ক্ষীণ সূত্রবৎ নাড়ী পাওয়া যাইতেছে, গাত্র স্বাভাবিক উষ্ণ, গাত্রদাহ, পিপাসা, অস্থিরতা, পায়ের ডিমে খিলধরা, চক্ষু ঈষৎ লাল, বমনোদ্বেষ্ট আছে। প্রস্রাব হয় নাই, তবে মূত্রাধারে প্রস্রাব সঞ্চিত হইয়াছে, বুঝা গেল। জিহ্বা পূর্ববৎ।

প্রস্রাব না হওয়ায় তখনই ৪নং সফট ক্যাথিটার দিয়া প্রস্রাব করাইয়া দিলাম। প্রায় অর্ধসের প্রস্রাব নির্গত হইল। নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

৪। Re.

সালফার ৩০,

একমাত্রা। তৎক্ষণাৎ সেব্য।

৫। Re.

প্লেসিবো ... ৬ মাত্রা।

২ ঘণ্টান্ত: সেব্য।

পথ্য :—এক সের জলে এক চামচ বালি আধ ঘণ্টা ফুটাইয়া, তৎসহ লবণ ও লেবুর রস দিয়া অন্ন অন্ন করিয়া সেবন করিতে বলা হইল। মধো মধো ডাবের জল দিতে বলিলাম।

৩রা আশ্ব সন্ধ্যার সময় :—আধপোয়া আন্দাজ লালবর্ণের প্রস্রাব হইয়াছে। অস্ত্রান্ত উপসর্গ সমভাবে আছে। নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করা হইল।

৬। Re.

আসেনিক এলবাম ৩০,

এইরূপ ৪ মাত্রা, প্রতি মাত্রা ২ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৪টা আশ্ব :—কল্যা আর প্রস্রাব হয় নাই। অতি ক্ষীণভাবে নাড়ীর স্পন্দন অনুভব হইতেছে। মাঝে মাঝে হিক্কা হইতেছে। বমন, বিবমিষা, পিপাসা, পায়ের ডিমে খিলধরা, হস্ত কম্পন, অস্থিরতা, চক্ষু লালবর্ণ এবং জিহ্বা শুষ্ক, উহা খেতবর্ণের ময়লাবৃত্ত ও খসখসে প্রভৃতি লক্ষণ বর্তমান আছে।

ইউরিমিয়ার লক্ষণ দেখা দিতেছে দেখিয়া, নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

৭। Re.

ক্যাষ্টারিস ৬,

৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ২ ঘণ্টান্তর সেব্য।

পথ্য :—ডাবের জল, বালি ওয়াটার ও শীতল জল প্রচুর পরিমাণে পান করিতে বলিলাম।

৫ই আশ্ব ৯—গতকল্য ৪ বার স্বাভাবিক পরিমাণে প্রস্রাব হইয়াছিল। জিহ্বা পরিষ্কার হইয়াছে, পিপাসা নাই, ক্ষুধা হইয়াছে। দুর্বলতা ব্যতীত অল্প কোন উপসর্গ নাই। নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

৮। Re.

চায়না ৬,

৪ মাত্রা। প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

পথ্য :—জল সাণ্ড, ডাবের জল, এবং জল মিশ্রিত দুধ এক পোয়া।

৬ই আশ্ব ৯—কল্য একবার দান্ত ও ৪ বার প্রস্রাব হইয়াছিল। দুর্বলতা খুব বেশী। অদ্যও চায়না ৬, ৬ মাত্রা পূর্ববৎ ব্যবস্থা করা হইল।

পথ্য :—মাছের খোল ও জল-সাণ্ড।

৬ই মাঘ বেলা ১২টা :—সংবাদ পাইলাম যে, এক ঘণ্টা পূর্ব হইতে রোগীর অনবরত ফিট হইতেছে। তখনই রওনা হইলাম।

গিয়া দেখিলাম—রোগী উর্দ্ধদিকে তাড়াইয়া অনবরত কাঁপিতেছে। ঝাঁকানি মারার মত একবার মাথার দিকে ও একবার পায়ের দিকে নড়িয়া বাইতেছে। এরূপ ভাবের আক্ষেপ কখনও কোন রোগীতেই প্রত্যক্ষ করি নাই। রোগী সংজ্ঞাহীন হয় নাই। তবে কথা কহিবার শক্তি ছিল না। নাড়ী খুব মোটা ও ধীরগামী।

পায়ে গরমজল (foot bath) ও চোখে মুখে ঠাণ্ডা জলের ঝাঁপটা দিতেই আক্ষেপ দমিত হইল ও রোগী কথা বলিল। কি যন্ত্রণা হইতেছে জিজ্ঞাসা করায় বলিল—“বুঝিতে পারিতেছি না”। বেদনায় রস খাইতে দিলাম। কিন্তু উহা পান মাত্র আবার আক্ষেপ আরম্ভ হইল। প্রথম বারের আক্ষেপও সাণ্ড খাওয়ার পর আরম্ভ হইয়াছিল।

প্রাতে: যে রোগীকে সম্পূর্ণ সুস্থ দেখিয়াছি, দুই ঘণ্টার মধ্যে তাহার এতাদৃশ পরিবর্তন হইতে দেখিয়া বিশেষ শঙ্কিত হইলাম। ক্রিমি সন্দেহ করতঃ তখন “সিন্ধা ২০০” ১ মাত্রা খাইতে দিলাম ও পান-আহারে রোগের বৃদ্ধি দেখিয়া “নক্সাভমিকা ৩০” ৪ দাগ দিয়া চলিয়া আসিলাম।

৬ই মাঘ—বৈকালে ৪:—সংবাদ পাইলাম যে, আর প্রস্রাব হয় নাই। আক্ষেপও মাঝে মাঝে হইতেছে। বাড়ীর লোকে ভীত হইয়া মাণ্ডাহারে ডাক্তার আনিতে গিয়াছে।

বাহা ইউক, ইহা ইউরিমিয়ার নূতন উপসর্গ অস্বাভাবিক করিয়া এবং অ'ক্ষেপের প্রকৃতি বিবেচনা করতঃ, ডাক্তার না আসা পর্যন্ত **জিফ্রাম ৩০**, ৬ মাত্রা দিয়া, প্রতি মাত্রা এক ঘণ্টান্তর সেবন করিতে দিলাম এবং প্রচুর ঠাণ্ডা জল, ডাবের জল, বালি ওয়াটার খাওয়াইতে বলিলাম।

ঐ রোগীকে আমি আর দেখি নাই। পরদিন উক্ত

ডাক্তার বাবু ফিরিবার পথে আমার সঙ্গে সাক্ষাৎ হইলে, তিনি বলিলেন যে, “উহা ইউরিমিয়া জনিত আক্ষেপ, আমি মাথায় অভিকোলন দেওয়ার ব্যবস্থা করিয়া এবং একটা সিডেটিভ মিক্শচার দিয়া আসিলাম।”

৭ই মাঘ:—পরদিন শুনিলাম যে, রোগী অনেকটা ভাল আছে। “আমার হাতে থাকিলে রোগীর পঞ্চদশ প্রাপ্তি ঘটিল” ইহাই ডাক্তার ও অস্ত্রাঙ্ক সকলের অভিমত। ছঃখের বিষয়—রোগী কিন্তু সে কথা গ্রাহ্য না করিয়া, সেই রাত্রিই ভবধাম ত্যাগ করিয়াছিল।

মন্তব্য:—ইউরিমিয়ার আক্ষেপ অনেক দেখিয়াছি। প্রচুর প্রস্রাব হওয়া স্ববেগে ইউরিমিয়া ডিপজিট হইয়া ইউরিমিয়া হয়, তাহাতে রোগী সম্পূর্ণ কোম্বা অবস্থাপ্রাপ্ত হইয়া একেবারে অজ্ঞান হইয়া পড়ে, এবং এইরূপ রোগীর মৃত্যুও বিলম্বে হয়। কিন্তু বর্তমান রোগীর আদৌ কোম্বা হয় নাই এবং শেষ পর্যন্ত জ্ঞানও অক্ষুণ্ণ ছিল। এত অল্প সময়ের মধ্যে রোগী পুনরাক্রান্ত হইয়াছিল যে, আমি আশ্চর্য্যান্বিত হইয়া গিয়াছি। এই রোগীর পূর্বরোগের চিকিৎসাও আমি করিয়াছিলাম, তখনও উহার ক্রিমির কোন লক্ষণ ছিল না বা কখনও ক্রিমি বাহির হইয়াছে, একথা রোগী বা অপর কেহ বলিতে পারে নাই। শ্লেষ পর্যাপ্ত প্রস্রাব বন্ধ ব্যতীত, ইউরিমিয়া রোগীর গাত্রে যে এমোনিয়ার গন্ধ পাওয়া যায়, এ রোগীর তাহা আদৌ পাওয়া যায় নাই। নিপাসা মোটেই ছিল না। খাইবার বেশ স্পৃহা ছিল। শুনিলাম—ডাক্তার বাবু বেদানা, কমলালেবু, দুধ প্রভৃতি ইচ্ছামত খাইতে বলিয়াছিলেন এবং রোগীও উহা আগ্রহ পূর্বক খাইয়াছিল। দাস্ত ও মাঝে মাঝে হইয়াছিল, উহা পিত্তসংযুক্ত ও অর্দ্ধ তরল।

এক্ষেপে আমার বক্তব্য—আমার এই প্রবন্ধটা পাঠ করিয়া যদি কেহ এতাদৃশ রোগী দেখিয়া থাকেন, তবে উহা প্রকৃতই কি রোগ এবং কিরূপ চিকিৎসা করিয়াছিলেন ও ফল কি হইয়াছিল, তাহা লিখিয়া আমার সংশয় ভঞ্জন করিলে বাঞ্ছিত হইবে।

সোরা দোষে সাল্ফারের কার্যকারিতা

লেখক—ডাঃ জীদেবেশ্রনাথ দত্ত এম, বি, (হোমিও)

দেবীপুর (বর্ধমান)।

মহাত্মা হানিম্যান বাহাকে সোরাদোষ (Phora) বলিয়াছেন, তাহার সহিত সাল্ফারের অতি নিকট সম্বন্ধ আছে। সেইজন্য এরূপ ক্ষেত্রে সাল্ফার সুলভ ঔষধ। যখন কোন দৃশ্যমান সদৃশ ঔষধে সফল না পাওয়া যায়, তখন সর্বপ্রথমে সাল্ফার দেওয়া বিধি আছে। এখানে একটা কথা জিজ্ঞাসা করা যাইতে পারে যে, সাদৃশ্য লক্ষণ বর্তমান না থাকিলেও, সাল্ফার দেওয়া উচিত কি না? সাল্ফারের ক্রিয়া অত্যন্ত গভীর এবং সোরা দোষ হইতে যে সকল অবস্থা ও লক্ষণ প্রকাশিত হয়, তাহার সহিত অজ্ঞাত ঔষধ অপেক্ষা সাল্ফারেরই অধিকতর সাদৃশ্য দেখিতে পাওয়া যায়। এইজন্য সোরাদোষ সংস্কৃষ্ট অধিকাংশ স্থলেই সাল্ফারের কার্যকারিতা দেখিয়া মোহিত হইতে হয়। অনেক সময় একমাত্র সাল্ফারই রোগীর রোগ মুক্ত করিয়া থাকে। সুধবা ইহা সম্পূর্ণরূপে রোগারোগ্য না করিলেও, পুরাতন উপসর্গ সকল দূর করিয়া এবং লক্ষণ অল্পসারে নির্মূচিত অজ্ঞাত ঔষধে রোগীকে আরোগ্য করাইবার সাহায্য করিয়া থাকে। কিন্তু ইহা মনে রাখা দরকার যে, সর্বদা এরূপ হয় না। সুতরাং এরূপ স্থলে অজ্ঞাত সোরাদোষ ঔষধ মনোনীত করা বিশেষ আবশ্যক এবং সেই সোরা দোষের অবস্থার সহিত, অজ্ঞাত সদৃশ ঔষধ প্রয়োগ করা একান্ত পক্ষে দরকার।

যখন কোন রোগ আরোগ্য হইয়া পুনঃ পুনঃ প্রত্যাবৃত্ত হয়; তখন স্বভাবতঃই চিকিৎসক মনে করিতে পারেন যে, কোন প্রকার সোরা দোষবশতঃ রোগীর এরূপ হইতেছে। এই সময় সাল্ফার প্রয়োগ মাত্র সাল্ফার দ্বারা নিবৃত্তি হইতে দেখা যায়। কিন্তু আমাদের মনে রাখিতে হইবে যে, সাল্ফারই একমাত্র সোরা-দোষ

ঔষধ নহে এবং দৃশ্যমান সদৃশ ঔষধে উপকার না দর্শিলে, প্রতিক্রিয়ার উত্তেজনাবশতঃ কেবল একমাত্র সাল্ফার ব্যবহারও যুক্তিযুক্ত নহে। “সোরা” কেবল নাম মাত্র। লক্ষণের সাদৃশ্য ব্যতীত (যেমন স্কার্লেটিনা বা ডিম্ফথিরিয়া) কেবল রোগের নামানুসারে ঔষধের ব্যবস্থা করা হয় না। সাল্ফার ব্যতীত, গ্রাফাইটিস, সোরিনাম, সোইকোপোডিয়াম, কষ্টিকম এবং অজ্ঞাত অনেকগুলি প্রবল সোরা-দোষ ঔষধ আছে। সর্বত্রই উহাদের ব্যবহার বিনিশ্চিত হওয়া উচিত। কিন্তু মহাত্মা হানিম্যান সোরা-দোষ ঔষধগুলির মধ্যে সাল্ফারকে সর্বোচ্চ স্থান দিয়াছেন। যখন কোন ঔষধের সাধারণ ক্রিয়ায়, অজ্ঞাত কোন ঔষধের প্রতিবন্ধকতা দূরীভূত হইতে পারে; তখন এখানে সোরাদোষের প্রতিবন্ধকতা দূরীভূত করাও দরকার। সোরাদোষ বিজ্ঞান থাকিলে, তরুণ পীড়াতে উপসর্গ সকল প্রকাশ পায় এবং উহা দূর করিতে না পারিলে, রোগীর রোগ মুক্ত করিতে পারা যায় না। উপদংশ দোষেও এই প্রকার ঘটনা থাকে। শরীরে উপদংশ দোষ বিজ্ঞান থাকিলে, যে পর্য্যন্ত সেই দোষ নিরাকৃত করিতে না পারা যায়; সে পর্য্যন্ত অপর কোন তরুণ রোগ আরোগ্য করিতে পারা যায় না। সাল্ফার কেবল একমাত্র সোরা-দোষ ঔষধ না হইলেও, অধিকাংশ স্থলে সাল্ফারের লক্ষণই দৃষ্ট হয়। কেন না, সাল্ফারের প্রভিৎএ অজ্ঞাত কোন ঔষধের অপেক্ষা, সোরা দোষেরই লক্ষণ সমধিক দেখিতে পাওয়া যায়। পূর্বেও বলিয়াছি যে—সোরিনাম, কষ্টিকম, গ্রাফাইটিস, প্রভৃতিও সোরাদোষ ঔষধ। এই ঔষধগুলিও সমলক্ষণ অল্পসারে সাল্ফারের পরিবর্তে ব্যবহার করিতে পারা যায়। বস্তু

অভ্যন্তরের রোগ বাহিরে দেখা দেয়, তবে সাধারণতঃ ভয়ের কোন কারণ থাকে না। কিন্তু যদি বাহিরের রোগ অভ্যন্তরে প্রবেশ করে, তাহা হইলে বিশেষ ভয়জনক হইয়া উঠে। আভ্যন্তরিক রোগের সহিত যে চর্মরোগের সম্বন্ধ আছে, একথা বলা নিশ্চয়োক্ত। শরীরের চর্মরোগ বসিয়া বা বিলুপ্ত হইয়া যে সকল আভ্যন্তরিক রোগ জন্মে, চিকিৎসায় সেই সকল চর্মরোগ প্রত্যাহৃত না হইলে, সেই আভ্যন্তরিক পীড়া আরোগ্য করিতে পারা যায় না। এরূপ স্থলে সাল্ফার প্রয়োগে বিলুপ্ত চর্মরোগ পুনঃ প্রকাশিত হইয়া, উক্ত আভ্যন্তরিক পীড়ারোগের সাহায্য হয়।

সাল্ফারের দ্বারা ক্ষীণ প্রতিক্রিয়া-শক্তি উত্তেজিত হইয়া থাকে। যখন কোন স্থানিকভাবে ঔষধ প্রয়োগ করিয়া দেখিতে পাওয়া যায় যে, উহাতে রোগীর আংশিক উপকার দর্শিয়াছে বা তাহার রোগ ঘুরিয়া ফিরিয়া আক্রমণ করিতেছে অথবা অতি ধীরে ধীরে দীর্ঘকালে উপকার হইতেছে; তখন একমাত্র সাল্ফার ব্যবহার করিয়া কতিপয় ঘণ্টা এবং পুরাতন পীড়ায় দৈর্ঘ্য ধরিয়া কিছু দিন অপেক্ষা করিতে হয়; তৎপরে পুনরায় সাল্ফার ব্যবহার করিলে, পূর্বে যে ফল দর্শে নাই, এক্ষণে সেই ফল দর্শিয়া থাকে। সেই জন্ত রোগ আর পুরাতন আকার ধারণ করে না, অথবা আরোগ্য হইতে দীর্ঘকাল সময় লাগে না। কিন্তু জীবনীশক্তির প্রতিক্রিয়ার অভাব থাকিলে, সাল্ফার অপেক্ষা “ওপিসাম” শ্রেষ্ঠ। সোরা দোষ বশতঃ প্রতিক্রিয়ার অভাব থাকিলে, সাল্ফার সর্বাধিক উপকারী হয়। কিন্তু এখানেও সমস্ত লক্ষণের প্রতি বিশেষ ভাবে লক্ষ্য রাখা দরকার। আবার অভ্যন্তরীণ জীবনীশক্তি বশতঃ প্রতিক্রিয়া না জন্মিলে ‘লরোসিসরেসস’ উপযোগী। পক্ষান্তরে সোরা দোষের প্রতিবন্ধকতা বশতঃ

প্রতিক্রিয়ার অভাবে সাল্ফার বিফল হইলে “সোরাইনাম” স্থলর কার্য করিয়া থাকে। দৃশ্যমান সূক্ষ্ম ঔষধে রোগ আরোগ্য না হইলে সাল্ফার, ওপিসাম, লরোসিসরেসস, অথবা সোরাইনামই যে কেবল ব্যবহার করিতে হইবে; এমন নহে। কখন কখন রোগীর এমন কোন কোন লক্ষণ প্রকাশ পায়—যাহাতে সমগ্ররূপে ঔষধ পরিবর্তন করিবার আবশ্যক হয়। “উপদংশ” ও “সোরা” এবং “সাইকোসিস”, মহাত্মা হ্যানিম্যান এই তিনটি দোষের এবং সোরা দোষে—সাল্ফার; উপদংশ দোষে—মাল্ফিকিউলিক এবং সাইকোসিস দোষে—থুজ, প্রধান ঔষধ বলিয়া উল্লেখ করিয়াছেন। তাঁহার এইমত সম্বন্ধে যিনি যখন বাহাই কেন বলুন না, দৃশ্যমান স্থানিকভাবে ঔষধ যখন শারীরিক দোষের কোন প্রতিবন্ধকতা বশতঃ তাহার আরোগ্যকর ক্রিয়া করিতে সক্ষম না হয়, তখন এই তিনটি ঔষধের দ্বারা সেই সেই দোষ নিশ্চয় দূরীভূত হইয়া থাকে। সেই জন্ত লক্ষণ অনুযায়ী ঠিক মত সাল্ফার, দিতে পারিলে, ইহা কঠিন রোগীর রোগমুক্ত করিয়া জীবন দান করে। কিন্তু স্মরণ রাখা কর্তব্য, ইহা যেমন উপযুক্ত স্থলে প্রযুক্ত হইলে অমৃতময় সুফল দর্শায়; তেমনি আবার সামান্য পীড়ায় সাল্ফার ব্যবহার করিলে, পীড়া আরোগ্য হওয়া দূরে থাকুক, রোগ ভীষণ আকার ধারণ করিয়া রোগীর জীবন বিপন্ন করিয়া থাকে।

যে কোন পীড়াই হউক না কেন, তাহা আমাদের দেখিবার দরকার করে না; লক্ষণের উপর লক্ষ্য রাখিয়া ঔষধ প্রয়োগ করা একান্ত পক্ষে দরকার। মহাত্মা হ্যানিম্যান বলিয়া গিয়াছেন—ঔষধের লক্ষণসমষ্টি—ব্যাধির লক্ষণসমষ্টির সমান হইলে, ঔষধ প্রয়োগ করা কর্তব্য; কারণ, লক্ষণই—ব্যাধি।

হৃদপিণ্ডের পীড়ায় ডিজিটেলিসের প্রয়োগ-বিধি

লেখক :- ডাঃ শ্রীহরেন্দ্রকুমার দাস H. M. B.

জিনার্দী ইউনিয়ন বোর্ড দাতব্য চিকিৎসালয়, ঢাকা।

—):*:~:—

ডিজিটেলিস (Digitalis) : যে সকল রোগে নাড়ী অস্বাভাবিক ধীর গতিবিশিষ্ট, অনিয়মিত, সন্ধিরাম—একটা ছাড়িয়া একটা বিট্ (beat) হইতেছে; যে স্থলে শরীরের অভ্যন্তরে ও বাহিরে শোথের লক্ষণ দেখা যায় এবং হৃদপিণ্ডের যন্ত্রগত পীড়ায় অনিয়মিত শ্বাসপ্রশ্বাস, গাত্রচর্শ শীতল, রোগী মৃতবৎ অবসর; রোগীর মুখমণ্ডল নীলাভ, প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশ পাইলে, ডিজিটেলিস প্রয়োগে সমুহ সফল পাওয়া যায়। একটা রোগীর বিষয় উল্লেখ করিতেছি।

স্নোগী—চিনিশপুর নিবাসী আবদুল আজিমদ্দি ভূঞার তৃতীয় কন্যা। বয়স ৪ বৎসর। কয়েক দিন পূর্বে এই মেয়েটির অর হয় এবং কবিরাজী চিকিৎসায় তাহা আরোগ্য হইয়াছিল। কিন্তু ইহার প্রায় দুই সপ্তাহ পরে মেয়েটি পুনরায় শোথ ও অরে আক্রান্ত হয়। পূর্বে চিকিৎসক মহাশয় এবারও চিকিৎসা করিতে থাকেন। কিন্তু ক্রমেই রোগিণীর অবস্থা যারাপ হইতে থাকে। একদিন উত্তাপ ১০৫ ডিগ্রী হইয়া হঠাৎ তাপ কমিয়া ৯৬ ডিগ্রীতে নামিয়া যায়। এই সঙ্গে ডান হাত ও ডান পা অবশ এবং শ্বাসকষ্ট উপস্থিত হয়। এই অবস্থায় রাত্রি ১১টার সময় আমাকে ডাকা হয়।

আমি উপরোক্ত অবস্থা দৃষ্টে একমাত্রা ৩০ শক্তি সালফার (Sulphur) প্রয়োগ করিয়া, রোগের বিশেষ লক্ষণ অল্পসঙ্কানে প্রবৃত্ত হইলাম। রোগিণীর পিতামাতার অস্থিরতা নিবন্ধন প্রায় ২০ মিনিট অন্তর এক এক মাত্রা অনৌষধি পুরিয়া প্রয়োগ করা হইতেছিল। রোগিণীর নাড়ী পরীক্ষায় দেখিতে পাইলাম যে, উহা অসমান ধীর গতিবিশিষ্ট (একটা বিট্ ছাড়িয়া একটা

হইতেছে)। ক্রমে ক্রমে হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া বন্ধ হইবার উপক্রম হইতেছে বলিয়া মনে হয়। শরীর বিবর্ণ, ঠোঁট দুটা নীলাভ। মধ্যে মধ্যে বালিকাটি কষ্টের সহিত দম্কা নিশ্বাস ত্যাগ করিতেছে।

এই সকল লক্ষণ দৃষ্টে—**ডিজিটেলিস (Digitalis)** ১x, এক মাত্রা প্রয়োগ করিলাম। ইহার অর্ধ ঘণ্টা পরে নাড়ীর ও শ্বাসের গতি একটু ভাল বিবেচিত হওয়ায়, আরও এক মাত্রা উক্ত ঔষধ প্রয়োগ করিয়া, অর্ধ ঘণ্টা অপেক্ষা করতঃ দেখিতে পাইলাম যে, শরীরের তাপ ৯৭ ডিগ্রীতে উঠিয়াছে ও অত্যন্ত উপসর্গের কথঞ্চিৎ শান্তি হইয়াছে। তখন পুনরায় ডিজিটেলিস ১x তিন মাত্রা দিয়া, প্রতিমাত্রা এক ঘণ্টা অন্তর সেবনের ব্যবস্থা দিয়া চলিয়া আসি।

পরদিন সংবাদদাতার সঙ্গে যাইয়া দেখিলাম—শরীরের তাপ স্বাভাবিক হইয়াছে এবং নাড়ীর অবস্থা প্রায় স্বাভাবিক, অত্যন্ত অবস্থা পূর্ববৎ; অতঃপরে **ডিজিটেলিস ৩০ শক্তি** ৪ মাত্রা দিয়া, প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টা অন্তর অন্তর সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

তৎপর দিন প্রাতেঃ সংবাদ পাইলাম যে, রোগিণীর প্রচুর প্রস্রাব হইতেছে, শোথও সামান্য রকম একটু কমিয়াছে, মল স্বাভাবিক, দক্ষিণ হস্তপদের অবশ অবস্থা কিঞ্চিৎ প্রশমিত হইয়াছে। অতঃপরে ডিজিটেলিস ৩০ শক্তি, দৈনিক তিনবার সেবন করিবার ব্যবস্থা দিলাম। অতঃপর রোগের হাস অল্পসারে ঔষধ সেবনের কাল কমাইয়া প্রায় ২ সপ্তাহ চিকিৎসা করার পর, ভগবানের কৃপায় রোগী সম্পূর্ণ আরোগ্য লাভ করিয়াছে।

অস্ত্রব্য :—শরীর বিবর্ণ অর্থাৎ নীলাভ, কষ্টকর দমকা বিলম্ব হইলে, মিউরেটিক এসিড এবং একটা বিটের পর নিখাস, ক্ষীণ অসমান ধীর গতিবিশিষ্ট নাড়ী। এই একবার স্পন্দন লুপ্ত হইলে অর্থাৎ একটা বিট ছাড়িয়া লক্ষণগুলি মিউরেটিক এসিডেও আছে। প্রভেদ এই যে, ১টা বিট হইলে ডিজিটেলিস প্রযোজ্য। বর্তমান রোগীর পর পর দুইবার নাড়ী স্পন্দিত হইয়া, পরে একবার স্পন্দন এইরূপ লক্ষণ দৃষ্টেই ডিজিটেলিস প্রয়োগ করা হইয়াছিল।

রক্তস্রাবে—টেরিবিন্থ

Teribinth in Hæmorrhage.

লেখক—ডাঃ শ্রীআদিত্যপ্রসাদ চন্দ

খুলশোড়া, কমলা ফার্মেসী (ফরিদপুর)

—:—

রোগিনী :—ভূনৈক স্ত্রীলোক। বয়ঃক্রম ৩৫।৩৬ বৎসর। কলিকাতায় বড়তলায় থাকেন। সম্প্রতি পিতৃলয়ে আসিয়াছেন। প্রায় ২ মাস বাবৎ স্তব্ধ (mense) বন্ধ আছে।

গত ১৬।৪।৩৬ তারিখে রাত্রি খবর পাইলাম যে, উক্ত স্ত্রীলোকটার মুখ দিয়া রক্ত পড়িতেছে। তখনই রওনা হইলাম। গিয়া শুনিলাম—“আজ ২দিন হইতে পেটের ভিতর ডাকিয়া, এক একবার প্রায় অর্ধসের আলাজ রক্ত বমন হইতেছে।” দিবা রাত্রিতে ৪।৫ বার উক্ত প্রকারে রক্ত উঠিয়াছে। অল্প রক্তের পরিমাণ বেশী হওয়ায় এবং রোগিনী অত্যন্ত অবসাদ বোধ করায়, আমাকে ডাকা হইয়াছে। আরও শুনিলাম যে, কলিকাতায় থাকিতে রোগিনীর পূর্বেও এইরূপ মাঝে মাঝে মুখ দিয়া রক্ত উঠিত এবং হোমিওপ্যাথিক ঔষধ সেবনে ইহা বিবারণিত হইত। উল্লিখিত অবস্থা দৃষ্টে আমি টেরিবিন্থ ৩০,

(Teribinth 30) ৬ মাত্রা দিয়া, প্রতি মাত্রা তিন ঘণ্টা অন্তর সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

১৭।৪।৩৬—প্রাতে: গিয়া শুনিলাম, কল্যাণ ২ বার রক্ত বমন হইয়াছিল, কিন্তু রক্ত ঠিক লাল নহে—উহার রং ফ্যাকাসে এবং খুব পাতলা। ঔষধ পূর্ববৎ।

১৮।৪।৩৬—অল্প সংবাদ পাইলাম যে, কল্যাণ একবার মাত্র রক্ত বমন হইয়াছে এবং রক্তের পরিমাণ খুব কম। আজও উক্ত ঔষধই ব্যবস্থা করিলাম।

১৯।৪।৩৬—সংবাদ পাইলাম যে, রক্ত সামান্য একটু উঠিয়াছিল, কিন্তু পূর্বের তায় পেটের ডাক নাই। অল্প কোন ঔষধ দেওয়া হইল না।

২০।৪।৩৬—অল্প সংবাদ পাইলাম যে, আর রক্ত উঠে নাই, রোগিনী সুস্থ আছেন। অনাবশ্যক বোধে আর কোন ঔষধ দিলাম না, অস্ত্রাবধি রোগিনী বেশ ভাল আছেন।

কুমিবিকারে—ওপিয়াম

লেখক—ডাঃ শ্রীঅমৃতলাল তপস্বী B. M. B.

কুলহর—বশোহর

—•••—

কোম্বী :—সরাবপুর নিবাসী মুন্সেফ সেখের পুত্র, বয়সক্রম ৬ বৎসর। গত ৩১।৪।৩৬ তারিখে এই বালকটীর চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থা :—রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম :

(ক) রোগী সম্পূর্ণ চৈতন্য শূন্য।

(খ) চক্ষু উন্মুক্ত, রক্তবর্ণ, পলকবিহীন এবং চক্ষের উপর আইসের ন্যায় পদার্থ জমিয়া আছে।

(গ) নাড়ী (Pul.e) ধীরগতি বিশিষ্ট ও অত্যন্ত ক্ষীণ এবং স্পন্দন প্রায় অনশুভবনীয়।

(ঘ) শ্বাসপ্রশ্বাস অগভীর, মৃদু এবং শীতল।

(ঙ) অসাড়ে মল মুত্র ত্যাগ হইতেছে। আমি যাইবার ৫।৭ ঘণ্টা পূর্বে হইতে দান্ত প্রস্রাব বন্ধ ছিল, আমি যাইবার কিছুক্ষণ পরে রক্ত ও শ্লেষ্মামিশ্রিত দুর্গন্ধযুক্ত অনেকটা বাত্রে হইল।

(চ) শরীর অত্যন্ত ঠাণ্ডা।

পূর্ব ইতিহাস :—বাড়ীর লোকের নিকট অহুসন্ধান করিয়া এবং যিনি এই রোগীর চিকিৎসা করিতেছিলেন (কবিরাজী চিকিৎসা হইতেছিল এবং এই কবিরাজ মহাশয়ও তখন উপস্থিত ছিলেন) তাঁহার নিকট হইতে রোগীর নিম্নলিখিত পূর্ব ইতিহাস জ্ঞাত হইলাম—

(ক) রোগীর পূর্বে ম্যালেরিয়া জ্বর হইয়াছিল।

(খ) জ্বরারোগের পর একদিন কতকগুলি চাউলের গুড়ার পিষ্টক ভক্ষণ করার পরদিন ভেদ-বমন হয়। ইহা আরোগ্য হওয়ার পরই পুনরায় জ্বর হয়। জ্বর হওয়ার দুই দিন পরেই রোগীর এইরূপ অবস্থা উপস্থিত হইয়াছে।

(গ) তিন দিন হইতে রোগী এইরূপ অজ্ঞানাবস্থায় আছে।

(ঘ) আমি যাইবার কিছুক্ষণ পূর্বে রোগীর মুখ দিয়া একটা কেঁচোকুমি বাহির হইয়াছিল। ইহার পূর্বে আরও ৩টা এইরূপ কুমি বমনের সঙ্গে বাহির হইয়াছে।

(ঙ) অজ্ঞান হইবার পূর্বে রোগীর জ্বর ছিল, এবং জ্বর বৃদ্ধির সময় রোগী ভুল বকিত, মধ্যে মধ্যে বমন হইত ও পেটে বেদনার কথা বলিত।

উল্লিখিত অবস্থা দৃষ্টে কুমিবিকার সন্দেহ করিলেও, একমাত্র সালফাস প্রয়োগ করিয়া, রোগীর উপস্থিত সাংঘাতিক কোল্যাপ্স অবস্থা দূরীকরণার্থ কোব্রা ৩০, (Cobra 30) একমাত্র প্রয়োগ করাই যুক্তিসঙ্গত বিবেচনা করিলাম। রোগীর বেরূপ সাংঘাতিক অবস্থা, তাহাতে উহার জীবন রক্ষা সম্বন্ধে নিতান্ত হতাশ হইয়াছিলাম।

অতঃপর আরও একমাত্রা কোত্রা ৩০, দিয়া, রোগীর অবস্থা অধিকতর খারাপ দেখিলে, উহা খাওয়াইয়া দিতে বলিয়া বিদায় হইলাম।

৩১।৪।৩৬, বেলা ১২টা :—গুনিলাম যে, ১১টা, ১১।০ টার সময় রোগীর অবস্থা খুব খারাপ হওয়ায়, একবার ঔষধ (কোত্রা) খাওয়ান হইয়াছিল। এই সময় রোগী দেখিতে পুনরায় আহৃত হইলাম। দেখিলাম—রোগী একভাবেই আছে, কোন হিতপরিবর্তন হয় নাই।

রোগীর সমুদয় বাহ্যিক লক্ষণগুলি বিশেষরূপে পর্যবেক্ষণ করিয়া দেখিলাম যে, চক্ষুতারকা অত্যন্ত সঙ্কুচিত; অত্যন্ত লক্ষণ পূর্ববৎ। চক্ষুর এই লক্ষণটির উপর লক্ষ্য করিয়া তপিস্থাম ২০, একমাত্রা তখনই খাওয়াইয়া দিয়া, উহার ক্রিয়া প্রত্যক্ষ করিতে লাগিলাম। ঔষধ সেবনের প্রায় আধ ঘণ্টা পরেই দেখিলাম—রোগীর অন্ত্যভাবিক সঙ্কুচিত চক্ষুতারকা (pupil) অনেকটা স্বাভাবিক হইয়া আসিয়াছে এবং রোগীও ১।১ বার চক্ষুর পলক ফেলিতেছে। এতদ্ব্যতীত বিশেষ আশান্বিত হইলাম।

৩১।৪।৩৬ সন্ধ্যাকালে :—পুনরায় আহৃত হইয়া দেখিলাম, রোগীর অনেকটা জ্ঞান হইয়াছে, পূর্বের জায় গাত্র শীতল নাই—স্বাভাবিক উষ্ণ হইয়াছে। নাড়ী কতকটা সবল। ঘোঁটের উপর কোল্যাপ্স অবস্থা প্রায় তিরোহিত হইয়াছে। গৃহস্থের বিশেষ অনুরোধে রাত্রিতে রোগীর বাড়ীতে থাকিতে হইল। শেষ রাত্রে রোগীর সম্পূর্ণ জ্ঞান হইয়াছিল এবং গুনিলাম, তাহার মাতাকে ডাকিয়া ক্ষুধার কথা বলিয়াছে। সুগার অব মিষ্টির পুরিয়া ব্যতীত অন্য কোন ঔষধ দিই নাই।

১।৫।৩৬ :—রোগীর অবস্থা ভাল, কোন উপসর্গ নাই। অত্যন্ত ক্ষুধা হইয়াছে। ঔষধ—অনৌষধি পুরিয়া ৩টা দেওয়া হইল। পথ্যার্থ দুগ্ধ-সাপ্ত ব্যবস্থা করিলাম।

২।৫।৩৬ :—অন্য কোন উপসর্গ নাই। খুব ক্ষুধা হওয়ায় সুজির কটি ও দুগ্ধ ব্যবস্থা করিলাম। দুর্জলতার জন্য চায়না ৬, প্রতাহ একবার করিয়া সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া হইল।

তৎপরদিনই অন্তঃপাথ্য দেওয়া হইয়াছিল। আর কোন ঔষধ প্রয়োগেরই প্রয়োজন হয় নাই। রোগী এখন পর্যাপ্ত ভাল আছে।

ডিকথেরিয়া পীড়ায় আর্সেনিক প্রয়োগ সম্বন্ধে প্রতিবাদ *

লেখক—ডাঃ খ্রীসীতানাথ ভট্টাচার্য্য H. L. M. S.

শরচ্চন্দ্র দাতব্য চিকিৎসালয়, সাতগ্রাম, ঢাকা।



বিগত ১৩৩৫ সালের (২১ বর্ষ) চিকিৎসা-প্রকাশের ২ম সংখ্যার ৪২৬ পৃষ্ঠায় Dacca K. P. Marition M. M. (Diphtheria) পীড়ায় আর্সেনিক যে প্রবন্ধ লিখিয়াছিলেন, তৎসম্বন্ধে আমার কয়েকটি কথা

* যথাসময়ে এই প্রতিবাদটি আমার হস্তগত হইলেও, হানাতানে এতদিন ইহা প্রকাশ করিতে পারি নাই। আশা করি—লেখক মহাশয় এই ত্রুটি মার্জনা করিবেন। (চিঃ, প্রঃ, সঃ)

জিজ্ঞাস্ত আছে। আশা করি ডাক্তার সাহেব তাঁহার বর্ধাবধ প্রত্যুত্তর প্রদান করিয়া, তাহার রোগী যে আর্সেনিক প্রয়োগেই আরোগ্য লাভ করিয়াছে, তাহা বুঝাইয়া দিলে, অনেকেরই সবিশেষ উপকার হইবে। জিজ্ঞাস্ত এই—

ক. ডাক্তার সাহেব সিদ্ধিলাভেছেন—

“৪ঠা বৈশাখ রোগীর ১০৪ ডিগ্রি জ্বর ছিল এবং তাহা কোন সময়েই হ্রাস বৃদ্ধি হইত না। তৎসহ সর্দিও বর্ধমান ছিল। কুস্কুস্ (lungs) পরীক্ষায় কুস্কুসের সর্বত্রই রালস (Rales) পাওয়া যায়। মুখাভ্যন্তর পরীক্ষায় জিহ্বা, তালু ও গলদেশের নিম্ন পর্য্যন্ত কতকাংশে ক্ষত; টনসিল (tonsil) বিবর্তিত ও ক্ষীত এবং আলজিহ্বার উপর বেতবর্ণের পর্দা রহিয়াছে, শিত্ত অতিক্রমে শ্বাসপ্রশ্বাস লইতেছে এবং সর্বদাই তাহার মুখ দিয়া লাল-স্রাব হইতেছে। জিহ্বা ও তালুর ক্ষত পুণ্ড্রক”।

এই সকল লক্ষণ দৃষ্টে তিনি তাহা ডিক্‌থেরিয়ার প্যাচ (Patch) বা ডিক্‌থেরিয়ার মেম্ব্রেন (membrane) বলিয়াই সিদ্ধান্ত করিয়া, রোগীকে ফস্ফরাস তিন মাত্রা ও বেলেডোনা ৩ মাত্রা এবং রাত্রির পর নক্সভমিকা ১ মাত্রা ব্যবস্থা করিয়াছিলেন। কিন্তু এখানে ডাক্তার সাহেবকে জিজ্ঞাসা করি, তিনি সূক্ষ্মাবধির সেবক হইয়া, অসদৃশ লক্ষণাপন্ন ঔষধ প্রয়োগ করিলেন কেন? কেন না, তাঁহার রোগীর বিবরণে যে সকল লক্ষণ লিপিবদ্ধ করা হইয়াছে, তাহার সঙ্গে সদৃশ বিধানানুসারে ডাক্তার সাহেবের ব্যবস্থিত ঔষধের সামঞ্জস্য কোথার বুঝিলাম না। কারণ, হোমিওপ্যাথ মাত্রেই জানেন যে, পরিপোষক স্নায়ুগুণ্ডে ও রক্তেই ফস্ফরাসের প্রবল ক্রিয়া দর্শে। তৎফলে বৈধানিক বিকার ও বিধান বিনাশ ঘটে এবং স্নায়ুশক্তি নষ্ট হইয়া পক্ষাঘাত (Paralysis) উপস্থিত হয়। আর রক্তের জীবনীশক্তির পরিবর্তন হেতু বিধান-উপাদানের বিকার ও বিনাশ এবং কুস্কুদীয় বিধান তৎপ্রদাহিত হইয়া, তাহা হইতে রস বা রক্ত ক্ষরণ হইয়া থাকে। আরপর বেলেডোনার বিষক্রিয়ার বৃহৎ মস্তিষ্ক (serebrum) প্রদানতঃ আক্রান্ত হয়। তৎফল স্বরূপ

স্নায়ুগুণ্ডে (Nervous System) প্রবল রক্তক্ষরণ ও প্রদাহ (Inflamation) হইয়া তৎসহানুভূতি (Sympathy) মস্তিষ্ক (Brain) ও মস্তিষ্ক-ঝিল্লী প্রদাহিত হইয়া প্রলাপ, দৃষ্টিবিভ্রম, উন্মাদ, অচেতন প্রভৃতি লক্ষণ উৎপন্ন করে। চর্ম ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে (mucous membrane) বেলেডোনার স্থানিক ক্রিয়া (action) প্রকাশ পায়। তৎফলে চর্ম ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী প্রদাহিত হইয়া আরক্ত ও উত্তপ্ত হইয়া থাকে।

নক্সভমিকার বিষক্রিয়ায় পৃষ্ঠবংশীয় স্নায়ুগুণ্ডে ও গতিশক্তি এবং জ্ঞান-শক্তিবিধায়িনী স্নায়ুগুণ্ডে প্রকাশ পায়। তদ্রূপ পৃষ্ঠবংশের স্নায়ুগুণ্ডে বিশেষরূপে আক্রান্ত হওয়াতে, তাহার প্রতিক্রিয় ক্রিয়া উপস্থিত হয়। উহার প্রবল উত্তেজনার ফলে পেশীর ক্রিয়া বিশৃঙ্খলা হওয়ায়, ধনুষ্ঠকায়ের ভ্রায় আকৃষ্ট উপস্থিত হইয়া, অবশেষে পেশীর সঞ্চালন ক্রিয়া রহিত হওতঃ, পক্ষাঘাত (Paralysis) উৎপন্ন হয়। এতদ্ব্যতীত পরিপোষণ যন্ত্রে ও পরিপোষণ ক্রিয়ায় নক্সভমিকার বিলক্ষণ অধিকার আছে। ইহার ক্রিয়া নিবন্ধ পরিপোষণ যন্ত্রের নিঃস্রব পরিবর্তিত হইয়া বাস্তবিক বিধানের বৈলক্ষণ্য জন্মে। তৎফল স্বরূপ বক্তৃত ও অন্তঃস্বকীয় নানাবিধ পীড়ার লক্ষণ প্রকাশ পায়। নক্সভমিকার ক্রিয়াবশতঃ অন্তঃস্থানলীর যে প্রকার প্রদাহ জন্মিয়া অগ্নিমান্দ্যের লক্ষণ ও কোষ্ঠবদ্ধ উপস্থিত হয়, শ্বাসযন্ত্রেও সেই প্রকার প্রদাহ জন্মিয়া গুরু প্রতিশ্রায়ের ভ্রায় অবস্থা উৎপন্ন হইয়া, নাশাপথ অবরুদ্ধ ও গুরুকাসের উদ্বেক হইয়া থাকে। কাজেই আমি বলিতে পারি,—আমি কেন, বিজ্ঞ হোমিওপ্যাথ মাত্রেই বলিতে পারেন, যে, ডাক্তার সাহেব তাহার বর্ণিত রোগীর লক্ষণানুসারে উপযুক্ত ঔষধ নির্বাচন করিতে ভুল করিয়াছেন। কেন না, তিনি প্রথমে পর্য্যায়ক্রমে যে ৩টা ঔষধ প্রয়োগ করিয়াছেন, শরীরভ্যন্তরস্থ বাস্তবিক ক্রিয়ানুসারে কোনটির সঙ্গেই কোনটির লক্ষণের মিল নাই। বিশেষতঃ, ফস্ফরাস কিবা বেলেডোনার পর নক্সভমিকা (noxvomica) প্রয়োগ করিলে উক্ত উভয় ঔষধের ক্রিয়া বিলুপ্ত হইয়া থাকে।

এরূপ অসমর্থতা ঔষধ প্রয়োগের কি হেতু আছে। ডাক্তার সাহেব তাহা দয়া করিয়া জানাইলে বাঞ্ছিত হইব।

(খ) ডাক্তার মেহের আহম্মদ সাহেবের প্রবন্ধোক্ত রোগীর যে, মার্ক-সলের লক্ষণ বিদ্যমান ছিল; তাহা তাঁহার রোগী-বিবরণেই প্রমাণিত হইয়াছে। কেন না, সমগ্র শারীর-বয়েই মার্কুরিয়াসের বিবলক্ষণ প্রকাশ পাইয়া থাকে। তদক্ষণ শরীরের সমস্ত যন্ত্র ও নির্মাণক উপাদানের ক্রিয়া ও বিধান আক্রান্ত হয়। পরিপোষণ যন্ত্রেও মার্কুরিয়াসের প্রধান ক্রিয়া দর্শে। তদ্বারা ঐ সকল যন্ত্রের ক্রিয়াবিকার ও বিধান-বিকার জন্মিয়া, শ্রাবণ ও শোষণ ক্রিয়া বর্জিত হয় এবং শরীরের স্বাভাবিক শ্রাব অধিকতর তরল ও উত্তেজনাজনক হইয়া উঠে। এতদ্ব্যতীত শৈল্পিক ও মানসিক ঝিল্লী, গ্রন্থিগণ্ডল, প্যারেনকাইমা বিশিষ্ট যন্ত্র, তন্তু, অস্থি এবং চর্মেও মার্কুরিয়াসের ক্রিয়া দর্শে। তৎফলে সর্দি; কর্ণমূল, তালুমূল ইত্যাদি স্থানের গ্রন্থি-ক্ষীতি, মুখ হইতে লাল নিঃসরণ, জিহ্বা ক্ষীত ও পুরু সাদা পর্দায় আবৃত গলার ভিতর বা জিহ্বায় বা, টনসিলে বা ও তাহাতে পুঁজ বা পুঁজবৎ পদার্থ উৎপন্ন হয়। এমতাবস্থায় ডাক্তার সাহেব তাহার রোগীকে এই বৈশাখ এক মাত্রা মার্ক-সল ব্যবহা করিয়া ও পুনরায় তৎপরিবর্তে কি সিদ্ধান্তের উপর নির্ভর করিয়া আর্সেনিক ও হিপার সলফ পর্যায়ক্রমে (Alternately) প্রয়োগ করিয়াছেন, বুঝিলাম না। অথচ, ঠাণ্ডা বৈশাখের পর হইতেই প্রত্যহ জরের একোপ ও অন্ত্রান্ত উপসর্গ ক্রমশঃই হ্রাস হইয়া আসিয়াছে দেখা যায়। এরূপ অবস্থায় প্রতিদিনই তাহার ঔষধ পরিবর্তন—ঔষধ নির্বাচন করিবার শক্তির অভাব ছাড়া আর কি বুঝিব? নতুবা আর্সেনিক ও হিপার সালফারের বিযক্রিয়ার ফলে যে, সকল লক্ষণ উৎপন্ন হইলে উক্ত ঔষধদ্বয় প্রযুক্ত হইতে পারে, এ রোগীতে তিনি সে সকল লক্ষণ কোথায় পাইলেন? আর্সেনিকের বিযক্রিয়ায়—অন্নবহা নলীর (Alimentary Canal) ও শৈল্পিক ঝিল্লীর প্রদাহ (Inflammation) জন্মে।

তৎফলে মুখ ও গলমধ্য, পাকস্থলী (Stomach), ডিওডিনাম (Duodenum) ও সরলান্ত্র (Rectum) বিশেষরূপে আক্রান্ত হইয়া থাকে। সুতরাং বিগলিত মুখকত ও গলকতে এবং দুর্বলকর রোগের পরবর্তী প্রবল আকারের কতে আর্সেনিক বিশেষ উপযোগী। বিশেষতঃ ডিপথেরিয়া রোগীর নিশ্বাসে অত্যন্ত দুর্গন্ধ, নাসিকা হইতে দুর্গন্ধ যুক্ত চক্চকে প্লেগ্মা নিঃসরণ, সঙ্গে সঙ্গে জ্বর ও সেই সঙ্গে তন্দ্রাভাব এবং ঐরূপ তন্দ্রা ভাবের সহিত চমকাইয়া উঠা, হাত, পা কাঁপা, কান্দিয়া উঠা ইত্যাদি লক্ষণ বর্তমান থাকে। ডিকথেরিয়ার মেপ্চেন (Patch) ময়লা ও তাহাতে ক্ষত ইত্যাদি আর্সেনিকের পরিচায়ক লক্ষণ।

আর লোসিকা গ্রন্থিসমূহ (Lymphatic glands), চর্ম এবং শ্বাসযন্ত্রের শৈল্পিক ঝিল্লীতে—হিপার সালফারের বিযক্রিয়া দর্শে। তৎফলে গ্রন্থি বিবর্জিত হইয়া তাহাতে পুঁজোৎপন্ন হয়। চর্মে ক্রিয়াবশতঃ ক্ষত, একজিমার গ্ৰায় (Eczema) পীড়িকা ও নানাবিধ চর্মরোগ প্রকাশ পায়। তন্নিম্ন শ্বাসযন্ত্রে (Respiratory organ) ক্রিয়া করিয়া স্বরর প্রকৃতির প্রাতিশ্রায়িক অবস্থা উৎপাদন করে। পুঁজ বর্জনই এই ঔষধের প্রকৃতিগত লক্ষণ (Characteristic symptom)। সুতরাং যে ক্ষত হইতে পনিরের গ্ৰায় গন্ধ বাহির হয় ও তাহা গভীর নহে; যে ক্ষত হইতে রক্ত কিম্বা কাল বা নীল বর্ণের পুঁজ নির্গত হয়, অথচ আক্রান্ত স্থান মাত্রই স্পর্শ করা যায় না—এমন কি, ঠাণ্ডা বা গরম কিছুই সহ্য হয় না; এরূপ অবস্থায় হিপার সালফার—প্রযোজ্য হইতে পারে। সুতরাং ডাক্তার সাহেবকে জিজ্ঞাসা করি, তাহার রোগীকে তিনি—কোন মতামুসারে কাহার লিখিত গ্রন্থ পাঠে এরূপ আসামঞ্জস্য ঔষধ প্রয়োগে আরোগ্য করিয়াছেন, তাহা দয়া করিয়া জানাইলে বাঞ্ছিত হইব। এরূপ ভ্রান্তমতযুক্ত প্রবন্ধ লিখিয়া সদৃশ বিধির সত্যের অপলাপ করতঃ ও সাধারণ চিকিৎসকবৃন্দের শিক্ষার পথ কণ্টকিত করা সমীচীন হইয়াছে কি?

(গ) ডাক্তার সাহেব তাহার প্রবন্ধের নাম দিয়াছেন— “ডিক্‌থেরিয়া পীড়ায় আসেনিক”। ইহাতে বুঝা যায় যে, তাহার প্রবন্ধোল্লিখিত যে কয়টি ঔষধ তিনি প্রয়োগ করিয়াছেন, তন্মধ্যে, তাঁহার ধারণা যে, আসেনিকেই ঐ রোগী আরোগ্য লাভ করিয়াছে। নচেৎ প্রবন্ধের ঐরূপ নাম করণের কি হেতু আছে? কিন্তু তাহার রোগী বিবরণেই দেখা যায় যে, তাঁহার প্রবন্ধের যে পারার লিখিত মাত্রা মার্ক-সল প্রয়োগেই তাঁহার রোগী আরোগ্যলাভ করিয়াছে। কেন না, মার্ক-সল ব্যতীত অন্য যে যে ঔষধ তিনি ব্যবস্থা করিয়াছেন, তাহার কোনটাই তাঁহার রোগীর পক্ষে সদৃশ বিধানমতে প্রযুক্ত হইতে পারে না। যদি এ বিষয়ে ডাক্তার সাহেবের কোন বক্তব্য থাকে, অমুগ্রহ করিয়া জানাইলে বাধিত হইব।

(ঘ) যশোহর মেডিকের স্কুলের হোমিওপ্যাথিক Professor ও N. C. মিত্র হোমিওপ্যাথিক চেরিটেবল ডিস্পেন্সারীর ডাক্তার শ্রীযুক্ত চারুচন্দ্র হালদার M. D. (হোমিওপ্যাথ) মহাশয় ৩৩৫ সালের (২১ বর্ষ) চিকিৎসা-প্রকাশের ১০ম সংখ্যার ৪৮৫ পৃষ্ঠায় “ডিক্‌থেরিয়া পীড়ায় আসেনিক প্রয়োগ সম্বন্ধে প্রতিবাদ” শীর্ষক প্রবন্ধে লিখিয়াছেন যে, “ডাক্তার মেহের আহাম্মদ সাহেব তাঁহার রোগীকে দিনের মধ্যে ৬টা ঔষধ প্রয়োগ দ্বারা যে ভাবে চিকিৎসা করিয়াছেন, তাহাতে কোন ঔষধে রোগ

আরোগ্য হইয়াছিল, তাহা নির্ণয় করা সহজ-সাধ্য নহে”। এহলে আমার বলা অসঙ্গত হইবে না যে, ডাক্তার চারু বাবুর ধারণা—ডাক্তার মেহের আহাম্মদের ব্যবস্থিত ঔষধগুলি উপযুক্ত হইলেও, সদৃশ বিধানানুসারে ১টা ঔষধ দ্বারা চিকিৎসা না করিয়া, ৪ দিনের মধ্যে পর পর ৬টা ঔষধ প্রয়োগ করাই অযৌক্তিক হইয়াছে; শুধু ইহাই কি তাঁহার জিজ্ঞাস্য? নতুবা ডাক্তার মেহের আহাম্মদ তাঁহার রোগীকে যে যে ঔষধ প্রয়োগ করিয়াছেন, তন্মধ্যে তাহার রোগীর লক্ষণ দৃষ্টে একমাত্র মার্ক-সল ব্যতীত অগ্রান্ত ঔষধ প্রযুক্ত হইতে পারে কি না, তাহা নির্ণয় করা চারু বাবুর পক্ষে যে, সহজসাধ্য হইল না কেন; তাহা বুঝিলাম না। চারু বাবু ডাক্তার মেহের আহাম্মদের লিখিত “ডিক্‌থেরিয়া পীড়ায় আসেনিক” শীর্ষক প্রবন্ধের যে প্রতিবাদ করিয়াছেন, তাহা সদৃশ বিধানানুসারে অবশ্যই যুক্তিযুক্ত বটে; কিন্তু ডাক্তার মেহের আহাম্মদ সাহেব তাঁহার রোগীর লক্ষণানুযায়ী যোগ্য ঔষধ নির্বাচন করিয়া চিকিৎসায় সাফল্য লাভ করিয়াছেন কি না, তাহা বিবেচনা মন্তব্য প্রকাশ করা শ্রেয়: ছিল। কেন না, তাহা হইলে অনেক হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকেরই সবিশেষ উপকার হইত। তজ্জন্ম আমি এ প্রবন্ধে যতদূর সম্ভব আমার মন্তব্য প্রকাশ করিলাম। যদি কাহারও এ বিষয়ে কোন বক্তব্য থাকে, অমুগ্রহ করিয়া জানাইলে বাধিত হইব।

Printed by Rasick Lal Pan at the “Gobardhan Press”

And Published by Dharendra Nath Halder.

197 Bowbazar Steet, Calcutta.



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয় মাসিক পত্র ও সমালোচক ।

২৩শ বর্ষ

১৯৩৭ সাল-জ্যৈষ্ঠ

২য় সংখ্যা

বিবিধ

হেক্সামিন ও মিথিলিন ব্লু (Hexamine and methylene blue) :—প্রভাব অম্ল বা ক্ষারধর্মী (acid or alkaline Condition of urine) হইলে এবং পৈত্তিকতা, পায়েলাইটিস (Pyelitis), মূত্রনালীর প্রদাহ (Urethritis) ও মূত্রযন্ত্রের বিবিধ সংক্রমণজনিত পীড়ায় ৩ গ্রেণ হেক্সামিন ও ১৪ গ্রেণ মিথিলিন ব্লু একত্র প্রয়োগ করিলে, সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায় বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে। প্রত্যাহ ৩ বার করিয়া সেবন করা কর্তব্য।

(Med. Pract. Feb. 1930, P 122)

কৃত্রিম কাল'সবাড সাল্ট (Artificial Carlsbad Salts) :—নিম্নলিখিত প্রকারে কৃত্রিম কাল'সবাড সাল্ট প্রস্তুত করা যায়। যথা—

Re.

সোডি ফস্ফেট ... ৮ আউন্স।

সোডি ক্লোরাইড ... ৪ ড্রাম।

সোডি কার্বনেট ... ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া, ২—৪ ড্রাম মাত্রায় জলসহ সেব্য। ইহা একটা উৎকৃষ্ট লাবণিক বিরোচক ঔষধ।

(Medical Practitioner, Feb 1930)

পুরাতন গাউট ও বাতরোগে
আয়োডিন ও স্যালোল (Iodine and Salol
in Chronic gout and Rheumatism) :—
 Bruxelles Medical পত্রে (24. XI 29) জনৈক
 চিকিৎসক লিখিয়াছেন—“বিভিন্ন প্রকৃতির পুরাতন গাউট
 ও বাতরোগে আয়োডিন ও স্যালোল ইন্ট্রাস্কিউলার
 ইন্জেকশন করিয়া সন্তোষজনক উপকার পাওয়া গিয়াছে।
 এতদ্ব্যতীত ৫ সি. সি পরিমাণ ৩% পারসেন্ট আয়োডিন
 সলিউশন এবং অলিভ অয়েলে দ্রবীভূত স্যালোলের
 ২০% পারসেন্ট সলিউশন ৫ সি. সি, যাত্রায় ইন্ট্রাস্কিউলার
 ইন্জেকশনরূপে প্রযোজ্য।

(Antiseptic, March. 1930)

Re.

পটাস আয়োডাইড ... ৫ গ্রেণ।

স্পিরিট এমন এরোমেট ... ১৫ মিনিম।

লাইকর ট্রিকনিয়া হাইড্রো: ৩ মিনিম।

লাইকর আসেনিকেলিস ... ৩ মিনিম।

একোয়া ক্লোরফর্ম ... এড্ ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্র। প্রত্যহ তিন মাত্রা সেব্য।

(Antiseptic, Feb, 1930)

রক্তস্রাবজনিত “শক” একেসিয়া
ইন্জেকশন (Injection of Acacia in
Shock with Hæmorrhage) :— চিকাগো
 মেয়ো ক্লিনিকের সুবিখ্যাত Dr L. M. Randall
 M. D. জার্মান অব আমেরিকান মেডিক্যাল এসোসিয়েশন
 পত্রে লিখিয়াছেন—“সম্প্রতি ১৪টি রোগীকে একেসিয়া
 সলিউশন ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন দিয়া সন্তোষজনক
 উপকার পাওয়া গিয়াছে। এই সকল রোগীর সকলেই
 জীলাক এবং প্রসবের পূর্বে ও পরে অত্যধিক রক্তস্রাব
 বশতঃ ইহাদের সকলেরই “শক” (Shock) উপস্থিত
 হইয়াছিল। ইতিপূর্বে এতাদৃশ আরও কয়েক শত “শক”
 প্রাপ্ত রোগীর চিকিৎসায় একেসিয়া সলিউশন ইন্জেকশন
 দেওয়া হইয়াছিল, তাহাতে কোন মন্দ লক্ষণ উৎপন্ন হইতে
 দেখা যায় নাই ”

এই সকল রোগীকে ৯% পারসেন্ট সোডি ক্লোরাইড
 সলিউশনের সহিত ৬% পারসেন্ট একেসিয়া সলিউশন
 মিশ্রিত করিয়া ইন্জেকশন প্রদত্ত হইয়াছিল। নিম্নে
 সলিউশন প্রস্তুত-প্রণালী উল্লিখিত হইল।

একেসিয়া সলিউশন প্রস্তুত-প্রণালী :—

৪৮০ গ্রাম বিত্তক গাম একেসিয়া বর্টায়ে রাখিয়া, উহাতে
 উষ্ণ ডবল ডিস্টিল্ড ওয়াটার দিয়া দ্রব করিতে হইবে।
 অতঃপর বাকন গাম একেসিয়া দ্রবীভূত হইয়া বাইবে, তখন

কলেরার পর সাধারণিক পক্ষাঘাত
(General Paralysis after Cholera) :— ঢাকা
 নারায়ণ পুর হইতে ডাঃ শ্রীযুক্ত নগেন্দ্রজ্ঞান নাথ মহাশয়
 পত্রান্তরে লিখিয়াছেন যে, একটা কলেরা রোগী চিকিৎসায়
 আরোগ্যলাভের পর সাধারণিক পক্ষাঘাত রোগে
 আক্রান্ত হয়। কলেরার চিকিৎসার্থ এই রোগীকে
 সাধারণ ঔষধাদি প্রয়োগ করা হইয়াছিল। ইন্ট্রাভেনাস
 জালাইন ইন্জেকশন করা হয় নাই। প্রায় এক সপ্তাহ
 মধ্যেই রোগী সম্পূর্ণ আরোগ্য হয় এবং অল্পপথ্য
 দেওয়ার পরে সিরাপ হিমোজেন সেবনের ব্যবস্থা করা
 হইয়াছিল। ইহার পর ৯ দিন পর্যান্ত রোগী বেশ
 ভালই ছিল। অতঃপর ১০ম দিবসে পুনরায় এই রোগীকে
 দেখিবার জন্য আহৃত হইয়া দেখা গেল যে, রোগীর
 সর্বাঙ্গ পক্ষাঘাতগ্রস্ত হইয়াছে। রোগী শয্যা হইতে
 উঠিতে বেড়াইতে, হস্তপদ নড়াইতে সম্পূর্ণ অক্ষম;
 এমন কি, বাত পর্ষাদ নড়াইতে পারে না। কোন
 অঙ্গেই বেদনা বা চৈতন্যহীনতার লক্ষণ বর্তমান ছিল না।
 মানসিক অবস্থা ভালই ছিল। নিম্নলিখিত ঔষধে ৬ দিনেই
 রোগীর উল্লিখিত লক্ষণ দ্রবীভূত হইয়াছিল।

উহাতে ৭২ ড্রাম সোডি ক্লোরাইড যোগ করতঃ, ৮ পাইন্ট পুরণার্থ বধাপ্রয়োজন পরিশ্রান্ত জল যোগ করিতে হইবে এবং এই সলিউসন একটা ১০ পাইন্ট পরিমাণ তাপরক্ষক ক্লাসে রাখিয়া দিবে। তারপর, এই সলিউসন প্রত্যহ এক ঘণ্টা করিয়া ৪ দিন পর্যন্ত অটোকেলড করিলে ৪ দিন পরে দেখা যাইবে যে, সলিউসন বেশ পরিষ্কার হইয়াছে এবং উহার নীচে সামান্য গাঢ় তলানী পড়িয়াছে। এই ধরুধকে তলানী পৃথক করিয়া ফেলিতে হইবে। অনন্তর এই পরিশুদ্ধ সলিউসন বিশোধিত বোতলে রাখিয়া দিতে হইবে এবং এই সলিউসনপূর্ণ বোতলগুলি ৬০—৯০ দিন পর্যন্ত বরফপূর্ণ বাস্তের মধ্যে রাখিয়া দিবে। অনন্তর ইহা ব্যবহারের উপযোগী হইবে।

মাত্রা ও প্রয়োগ-প্রণালী :—ইঞ্জেকসনের পূর্বে উক্ত সলিউসন জ্বহুষ্ক করিয়া লইতে হইবে। সাধারণ ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনের ত্রায় ইহা ইঞ্জেকসন ও বধাবিধি বিশোধন প্রণালী অবলম্বন করিতে হইবে। একেসিয়া সলিউসন ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনার্থ অধিকতর প্রশস্ত ছিদ্রযুক্ত নিডল বা ক্যানুলা (large bore needle or Cannula) ব্যবহার করা কর্তব্য।

রোগীর অবস্থা সাংঘাতিক হইলে, একেসিয়া সলিউসন ৫০০—১০০০ সি, সি, পরিমাণ ইঞ্জেকসন করা প্রয়োজন এবং প্রতি মিনিটে বাহাতে ২৫—৪০ সি, সি, পরিমাণ সলিউসন শিরামধ্যে প্রবেশ করে তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখা কর্তব্য ”।

(J. A. M. A. Sept, '4. 1929—Cl. M. S., Feb, 1930, P. 153.)

বহেল ও কার্বিকাসলে—কার্বলিক এসিড (Carbolic acid in Boils and Carbuncles) :—Dr. J. M. French M. D. (Milford, Mass) লিখিয়াছেন—“বহেল এবং কার্বিকাসলের অতি প্রারম্ভে, যখন উহা নিরেট অবস্থায় থাকে, তখন বিত্ত্ব কার্বলিক এসিড (ফেনল—Phenol)

ঐ স্থানে ইঞ্জেকসন দিলে, অতীব সম্ভাবজনক উপকার পাওয়া যায়—প্রারম্ভেই উহার দমিত হইয়া থাকে। গত শীতকালের প্রারম্ভে যখন আমি স্থানীয় হস্পিটালে কার্যে ব্যাপৃত ছিলাম, সেই সময় আমার গলদেশের ডানদিকে একটা ত্রণ উৎপন্ন হয়। প্রথমতঃ ইহা বয়েল (বিস্ফোটক) বলিয়া অনুমিত হইয়াছিল, কিন্তু শীঘ্রই ইহা সাংঘাতিক কার্বিকাসলে পরিণত হইতে দেখা গেল। উহাতে কতকগুলি স্পষ্ট মুখ প্রত্যক্ষ হইল। কি উপায়ে ইহা দমিত হইতে পারে, তজ্জন্ত অনেক বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের পরামর্শ প্রার্থী হইলাম। তিনি প্রথমতঃ আক্রান্তস্থানে ইথিল ক্লোরাইড প্রয়োগ করতঃ, ঐ স্থান অসাড় করিলেন। অতঃপর এক টী-স্পুনফুল বিত্ত্ব কার্বলিক এসিড স্পিরিট ল্যাম্পের শিখায় উষ্ণ করতঃ, উহার এক বিন্দু কার্বিকাসলের মধ্যস্থলে গভীরভাবে ইঞ্জেকসন করিয়া দিলেন। তৎপরদিন ৪২ মিনিট বিত্ত্ব কার্বলিক এসিড পুনরায় ঐ স্থানে ইঞ্জেকসন করা হইল। এই ইঞ্জেকসনের পর স্বন্দর ফল প্রত্যক্ষ হইল। আক্রান্ত স্থানের দুঃসহ বেদনা সম্পূর্ণরূপে উপশমিত হইল এবং উহা আর পুনরাবৃত্ত হয় নাই। সংক্রমণের বিস্তৃতি রুদ্ধ হইল এবং অস্ত্রোপচার ব্যতীত অবিলম্বে সহজভাবে পূজ নিঃসরণ হইতে দেখা গেল। অতঃপর শীঘ্রই উহা আরোগ্য হইয়াছিল। কার্বলিক এসিড ইঞ্জেকসনের পর কোন স্থানে পূজ আবদ্ধ হইয়া থাকে না এবং এই জন্তই শীঘ্র উহা আরোগ্য হয়।”

“কার্বিকাসল বা বয়েলের প্রারম্ভেই এই চিকিৎসা অবলম্বন করা কর্তব্য, নচেৎ পরিবর্দ্ধিত অবস্থায় ইঞ্জেকসন দিলে কোন ফল পাওয়া যায় না। ইঞ্জেকসনার্থ বিত্ত্ব কার্বলিক এসিড (Pure Carbolic acid) ব্যবহার করা কর্তব্য। পক্ষান্তরে, ইঞ্জেকসনকালীন, সিরিঞ্জ ও কার্বলিক এসিড উষ্ণ করিয়া লওয়া উচিত, নতুবা কার্বলিক এসিডের বিষাক্ততার লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে। আক্রান্ত স্থানের মধ্যবর্তী টীতে স্বল্প নিডল খাড়াভাবে বিদ্ধ করতঃ ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য।”

(Clinical Med. & Surgery. Feb. 1930, P. 130)

আয়োডিনের নূতন প্রয়োগরূপ (New preparation of Iodine) :— বাহ্যিক প্রয়োগার্থ সাধারণতঃ টিং আয়োডিন ব্যবহৃত হয়, কিন্তু টিং আয়োডিনে প্রয়োজ্যস্থানে দাগ পড়ে, বস্ত্রাদিতেও আয়োডিনের দাগ লাগিয়া যায়। কিন্তু নিম্নলিখিতরূপে আয়োডিন প্রয়োগ করিলে শীঘ্রই উহা শুকাইয়া যায় এবং ইহাতে স্থানিক দাগ ধরে না বস্ত্রাদিতেও দাগ লাগে না অথচ টিং আয়োডিন অপেক্ষা ইহাতে আয়োডিনের অংশ বেশী থাকায়, অধিকতর শীঘ্র উপকার পাওয়া যায়। নিম্নলিখিতরূপে ইহা প্রস্তুত করা হয়। যথা—

Re

আয়োডিন	...	৫ ড্রাম।
এলকোহল	...	১০ ড্রাম।
ইথার	...	১০ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ঠপাউ ফাইলে রাখিয়া দিবে।

(Merd. Pract. Feb. 1930, P. 122)

লাইম জুস (Lime Juice) :— এক কোয়ার্ট বোতল গো-হৃৎকে, ৫১ ড্রাম লাইম জুস (লেবুর রস) মিশ্রিত করিয়া, মাতৃস্তনের পরিবর্তে বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহার করা যাইতে পারে। ইহাতে দুগ্ধ জমাট বান্ধিতে পারে না।

(Medical Practitioner, Feb. 1930)

মূত্রকারকরূপে সোডিয়াম সাইট্রেট (Diuretic action of Sodium Citrate) :— Dr. R. Rifio M. D. লিখিয়াছেন যে, “বহু সংখ্যক রোগী—বাহাদের চিকিৎসায় মূত্রকারক ঔষধের প্রয়োজন বিশেষ হইয়াছিল, তাহাদিগকে একমাত্র সোডি সাইট্রাস প্রয়োগ করিয়া আশাহরূপ ফল পাওয়া গিয়াছে। [মূত্র-নিঃসরণ করণার্থ ইহা অত্যন্ত মূত্রকারক ঔষধ অপেক্ষা

শ্রেষ্ঠ এবং সমধিক কার্যকরী; পরন্তু, ইহা সম্পূর্ণ নিরাপদ—মূত্রথলের উপর কোন মন্দ ক্রিয়া প্রকাশ করে না। যেখানেই প্রস্রাব নিঃসরণ বন্ধিত করার প্রয়োজন হইবে, যেখানেই ইহা অবাসে প্রয়োগ করা যাইতে পারিবে”।

(Pract. Med. April. 1930, P. ৪৫)

কষ্টরূজ রোগের ফলপ্রদ ব্যবস্থা :—

কষ্টরূজঃ পীড়ায় নিম্নলিখিত ব্যবস্থা কয়েকটি বিশেষ ফলপ্রদ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে।

১। Re.

পটাশ ব্রোমাইড	...	১৫ গ্রেণ।
পটাশ বাইকার্ব	...	১৫ গ্রেণ।
স্পিরিট্ ইথার নাইট্রোসি	...	৩০ মিনিম।
টিং ক্যাপসিকাম্	...	১ মিনিম।
টিং ক্রোরোফর্ম	...	১০ মিনিম।
সিরাপ্ জিজিবার	...	৫ মিনিম।
একোয়া মেম্বপিপ্	...	এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

অথবা—

২। Re.

সিরাপ্ ওপিয়াই	...	১/২ আউন্স।
সিরাপ্ অরেনসাই	...	১/২ আউন্স।
লাইকর এমন্ এসিটেট্	...	১ ২ আউন্স।
একোয়া ক্রোরফর্ম	...	এ্যাড্ ৬ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া, অর্দ্ধ আউন্স মাত্রায়—বেদনার

নিবৃতি না হওয়া পর্যন্ত, অর্দ্ধ ঘণ্টান্তর সেব্য। অথবা—

৩। Re.

এক্সট্রাক্ট্ বেলডোনা	...	১/৬ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট্ হায়োসায়ামাস্	...	১/৩ গ্রেণ।
জিক্ ভ্যালেরিয়েনেট্	...	১ গ্রেণ।

একত্রে ১টি বটিকা। প্রত্যহ ৩৪টি বটিকা সেব্য।

(M. R. R. May 1929.)



মুখাভ্যন্তর প্রদাহ Stomatitis.

লেখক—সার্জেন এইচ, এন, চার্টার্ড B. Sc. M. D, P. H.

Late of his Majesty's Royal Naval H. T.

and Mercantile marine service—China, Japan, Newyork, durban etc.

(পূর্বে প্রকাশিত ২৩শ বর্ষের (১৩৩০ সাল) ১ম সংখ্যার (বৈশাখ) ৮ পৃষ্ঠার পর হইতে

—•:•:•—

আল্‌সারেটিভ ষ্টোমাটাইটিস্ Ulcerative Stomatitis

মার্কারী (পারদ), লেড্ (সীস) এবং ফস্ফরাসঘটিত ঔষধের অপব্যবহারেও এই পীড়া প্রকাশ পাওয়া নিতান্ত অসম্ভব নহে। সাধারণ ব্যক্তির দন্ত-ক্ষয় রোগ থাকিলে এই পীড়া হইতে পারে। ডাক্তার ব্রিষ্টো বলেন যে— “দীর্ঘকাল এম্পিরিন ও এন্টিপাইরিন ব্যবহারেও এই পীড়া হইতে পারে”।

লক্ষণাবলী :- আল্‌সারেটিভ্ ষ্টোমাটাইটিস্ পীড়ার সহিত প্রায়ই সামান্য জ্বর বর্তমান থাকে। কখন কখন এই জ্বর ১০২ ডিগ্রী পর্যন্ত উঠিতে পারে। রোগীর কুখামান্দ্য, অস্থিরতা এবং আহার করিবার চেষ্টায় মুখাভ্যন্তরে বেদনামুভব বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। দন্ত ও মাড়ীর সংযোগস্থলে মাড়ী ফুলিয়া উঠে এবং প্রায়ই এই ক্ষীতস্থান গভীর লোহিত বর্ণে পরিবর্তিত হয়। এই ক্ষীতি উভয় দন্তের মধ্যবর্তী স্থানে—সম্মুখের দিকে ঠেলিয়া উঠে। আক্রান্ত স্থান অত্যন্ত কোমল এবং সামান্য কারণেই উহা হইতে রক্তস্রাব হইতে থাকে।

মাড়ী সমূহ নরম হয় এবং দন্ত হইতে ক্রমশঃ পৃথক হইয়া আসে ও তৎসহ দন্তের মূলদেশে হরিদ্রাভ ক্ষত উৎপন্ন হইতে থাকে। এই দূষিত ক্ষত অনিয়মিত ভাবে মাড়ী হইতে ওষ্ঠ, গলাভ্যন্তর এবং জিহ্বার পার্শ্ববর্তী স্থান সমূহেও বিস্তৃত হইতে পারে। দন্ত সমূহ শিথিল এবং কখন কখন আপনা আপনিই স্থানচ্যুত হয়। প্রচুর লাল নিঃসরণ হয় এবং মুখাভ্যন্তরস্থ টীণ্ড সমূহের পচন জন্ত রোগীর শ্বাসপ্রশ্বাসে অত্যন্ত তীব্র দুর্গন্ধ হয়। নিকটবর্তী লোশিকা গ্রন্থি সমূহ বিবদ্ধিত ও কোমল হয়। এই পচনশীলতা এক সপ্তাহ কাল স্থায়ী হইবার পর, রোগ ক্রমশঃ উপশম হইতে পারে। এই পীড়া কখন কখন সংক্রামকরূপেও দেখা যায়।

রোগ-নির্ণয় :- মনবোগিতার সহিত মুখাভ্যন্তর পরীক্ষা করিলে পীড়া সহজেই নির্ণয় করা যায়। কিন্তু তথাপি নির্গত পুঁজ ও লাল লইয়া আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা

করা উচিত। এইরূপে উহাতে ফিউসিফর্ম ব্যাসিলাস (Fusiform Bacilli) ও স্পাইরোকিটা মাইক্রোডেন্টিয়াম (Spirochaeta microdentium) ব্যাসিলাস পাওয়া গেলে, এই রোগ সম্বন্ধে আর কোনই সন্দেহ থাকে না। যেতদ্বর্ণের পচনশীল মাড়ী ও উহাতে বেদনা ইত্যাদি বর্তমান থাকিলে, এই পীড়ার অস্তিত্ব সন্দেহ করা যায়। কারণ, অধিকাংশ স্থলেই ঐ সকল পীড়ার সহিত আলসারেটিভ ট্রোমাইটাটিস পীড়া বিদ্যমান থাকিতে দেখা যায়।

চিকিৎসা :—এই পীড়ার চিকিৎসা হই তাগে বিভক্ত করা যায়। যথা—

(১) প্রতিরোধক চিকিৎসা (Preventive measure);

(২) আরোগ্যকারক চিকিৎসা (Curative treatment);

যথাক্রমে এই দ্বিবিধ চিকিৎসায় বিষয় বলা যাইতেছে।

(১) প্রতিরোধক চিকিৎসা :—

মুখাভ্যন্তর এবং দন্তের প্রতি যথোচিত যত্ন লইলে, এই পীড়ার উৎপত্তি প্রায় রোধ করা যাইতে পারে। এতদ্বর্থে সর্বদা মুখগহ্বর পরিষ্কার রাখা কর্তব্য। কোমল ত্রাণ সাহায্যে উৎকৃষ্ট পচননিবারক ও জীবাণুনাশক দাঁতের মাজন দ্বারা নিয়মিতভাবে দন্তধাবন করা উচিত। মুখগহ্বরে বাহাতে কোন খাটকণা সঞ্চিত ও বিগলিত হইয়া দন্তরোগের (পাইওরিয়া প্রভৃতি) সৃষ্টি না করে, তৎপ্রতি সর্বতোভাবে দৃষ্টি রাখিলে, এই পীড়ার উৎপত্তি সম্ভাবনা অনেকাংশে ভিন্ন হইতে পারে। প্রত্যহ প্রাতঃকালে, আহারের পর এবং নিদ্রান্তে কোন অল্পপ্র পচননিবারক ও জীবাণুনাশক ঔষধের কুলি করিলে এই উদ্দেশ্য সাধিত হইতে পারে। এতদ্বর্থে অনেক প্রকার ঔষধ ব্যবহার করা যাইতে পারে। ইহাদের মধ্যে “পাইওরিসিন (Pyorecin) ব্যবহারে বেশ ভাল ফল পাওয়া যায়। প্রত্যহ প্রাতে ও প্রত্যেকবার আহারের

পর এবং নিদ্রান্তে ইহার লোশন (৪ আউন্স জলে ১ ড্রাম পাইওরিসিন মিশ্রিত করিয়া) কুলি করিলে, দন্তরোগবিহীন ব্যক্তিগণ দন্তরোগের হাত হইতে মুক্ত থাকিতে এবং দন্তরোগগ্রস্ত ব্যক্তিগণ ইহা ব্যবহার করিলে দন্তরোগ হইতে পরিত্রাণ পাইতে পারেন।

আরোগ্যকারক চিকিৎসা :—এই পীড়ার আরোগ্যার্থ নিম্নলিখিত উপায় ও ঔষধ সমূহ ফলপ্রসূ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে। যথা :—

(১) কোন ঔষধ সেবনে পীড়ার উৎপত্তি হইয়াছে বলিয়া অনুমিত হইলে, অবিলম্বে ঐ ঔষধ ব্যবহার স্থগিত করিতে হইবে।

(২) পচন নিবারক ঔষধের লোশন দ্বারা মুখাভ্যন্তর উত্তমরূপে পরিষ্কার করিয়া দিতে হইবে। এতদ্বর্থে নিম্নলিখিত ঔষধ কয়েকটি উপযোগিতার সহিত ব্যবহার করা যাইতে পারে। যথা :—

(ক) হাইড্রোজেন পারক্সাইড (Hydrogen peroxide);

(খ) লিস্টেরিন (Listerin);

(গ) গ্লাইকোথাইমলিন (Glycothymolin);

(ঘ) আল্কাথাইমলিন (Alkathymolin);

(ঙ) পটাশ ক্লোরাস লোশন (Pot. Chloras lotion);

(চ) সোডি বাইকার্ব লোশন (Sodii bicarb lotion);

(ছ) বোরিক এসিড (Acid Boric);

(জ) পটাশ পারম্যাঙ্গানেট (Pot. Permanganate);

মুখাভ্যন্তর পরিষ্কারক ও ধোত

কাস্তক ব্যবস্থা : - নিম্নলিখিত কয়েকখানি ব্যবহাশত্র মুখধোত রূপে বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহার করা যায়। যথা—

১। Re.

পটাশ ক্লোরাস	...	৩১ গ্রেণ।
গ্লিসারিন	...	১/২ আউন্স।
একোয়া	...	এড্ ২ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ ৪।৫ বার কুল্লী করিতে হইবে।

২। Re.

আয়োডিন (পিওর)	...	৬ গ্রেণ।
পটাশ আয়োডাইড	...	৬ গ্রেণ।
গ্লিসারিন	...	২ ড্রাম।
একোয়া	...	এড্ ৪ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া কুল্লি করিতে হইবে।

৩। Re.

টাং মার্শ	...	৪ ড্রাম।
টাং ক্রোমেরিয়া	...	৪ ড্রাম।
টাং সিনুকোনা	...	৪ ড্রাম।
টাং-ক্যাটেকিউ	...	৪ ড্রাম।
ইউডি-কোলন	...	১ আউন্স।
একোয়া	...	এড্ ৮ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ ৪।৫ বার কুল্লার্থ বিষয়ে।
পাইওরিয়া সহ টোমাটাইটিস পীড়ায় ইহা বিশেষ উপকারক।

৪। Re.

পটাশ ক্লোরাস	...	২ ড্রাম।
গ্লিসারিন	...	৪ ড্রাম।
হাইড্রোজেন পারক্সাইড	...	এড্ ৩ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মুখধোত ও কুল্লীরূপে ব্যবহার্য।

দ্রষ্ট—২

অনেকে পটাশ ক্লোরাসের দ্বারা মুখধোত করিতে এবং অন্নযাত্রায় সেবন করিতে উপদেশ দেন। এই ঔষধটী সেবন করিতে দিলে, বিশেষতঃ শিশুদের মধ্যে কতিপয় বিষ লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে, যথা :—
নিদ্রালুতা, মূত্রাবগোধ, ক্ষুদ্রপিণ্ডের দৌর্বল্য, নখ ও ওষ্ঠ গুটে নীলাভ বর্ণ প্রকাশ পর্যন্ত হইতে দেখা যায়—সুতরাং এই ঔষধ অতি সাবধানতার সহিত ব্যবহার করা কর্তব্য। মুখধোতের মধ্যে আমাদের মতে হাইড্রোজেন পারক্সাইডই সর্বোৎকৃষ্ট।

পচন-নিবারক দ্রব দ্বারা মুখাভ্যন্তর ধোত করতঃ আক্রান্ত স্থানসমূহে, ফ্রোমিক এসিডের—
২% তালীক্সড্রব সহ তুলি দ্বারা লাগাইয়া দিবার অব্যবহিত পরেই সোডা বাইকার্বের চূড়ান্ত দ্রব দ্বারা উত্তমরূপে কুল্লি করিয়া ফেলিলে—সমূহ উপকার পাওয়া যায়।

৫। Re.

ভাইনাম্ ইপিকাক্	...	১/২ আউন্স।
গ্লিসারিন	...	১ ড্রাম।
লাইকার আসে'নিকেলিন্	...	এড্ ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহা কুল্লিরূপে ব্যবহার্য এবং তুলি দ্বারা আক্রান্ত স্থানে প্রত্যহ ২ বার প্রয়োজ্য। এই মিশ্র বেন উদরস্থ না হয়। ইহা বিষাক্ত। ডাক্তার বো-ম্যান্ বলেন, এই কুল্লি দ্বারা পীড়া শীঘ্রই আরোগ্য হয়। অনেকে আর্গেফেনামিন্ গ্লিসারিন সহ মিশ্রিত করতঃ, আক্রান্ত স্থানে তুলি দ্বারা দিবসে—৩।৪ বার লাগাইয়া দিতে উপদেশ দেন।

ডাক্তার গান্‌টোন্ নিম্নলিখিত মিশ্রটী শ্রেণীতে ব্যবহারের উপদেশ দেন :—

৬। Re.

ভাইনাম্ ইপিকাক্	...	৬ ড্রাম।
গ্লিসারিন	...	৫ ড্রাম।
লাই: পটাশাই আসে'নাইটস্	...	৫ ড্রাম।
হাইড্রোজেন পারক্সাইড	...	এড্ ১৬ আউন্স।

দিবসে ২ বার শ্রেণীতে ব্যবহার্য।

ডাক্তার ডিস্কোন্ বলেন এই পীড়ার সকল প্রকার প্রকৃতিতেই এন্টিঅক্সি পটাসিয়াম্ ট্রাক্লোইডেট ১% (এক পারসেন্ট) সলিউশন—৫ সি, সি, পরিমাণ—শিরাপথে ইন্জেক্সন দিয়া আশাতীত উপকার পাইয়াছেন। ইহা প্রতি বারেই বিশোধিত পরিষ্কৃত ভলে টাটকা প্রস্তুত করিয়া লওয়া উচিত। ২০ দিন মধ্যেই পুনরায় ঐ শক্তির দ্রব ১০ সি, সি, ইন্জেক্সন দেওয়া উচিত। ২০ দিন অন্তর ১টা করিয়া এইরূপ—৬টা ইন্জেক্সনেই পীড়া স্থায়ীভাবে আরোগ্য হইয়া থাকে।

হাইড্রোজেন পারসাইড দ্বারা কুলি করতঃ, সাইওনাইড্ অব্ মার্ক্যারীর ১% পারসেন্ট দ্রবে এক টুকরা তুলা সিক্ত করিয়া আক্রান্ত স্থানে লাগাইলে জ্বরের উপকার হইয়া থাকে।

ভাঙ্গীকরণ :—অতি সাধারণ প্রকৃতির পীড়া ১০ দিন হইতে ২ সপ্তাহের মধ্যেই আরোগ্য হইয়া যায়, কিন্তু পুনঃ পুনঃ পীড়া প্রকাশ পাইলে কঠিন প্রকৃতির হইয়া পড়ায়।

গ্যাংগ্রিনাস—ষ্টোমাটাইটিস্ Gangrenous Stomatitis.

সামান্যত্ব :—নোমা, ক্যাংক্রাস-অরিস্ বা মুখ গহ্বরের ক্ষতিত ক্ষত।

কারণ-তত্ত্ব :—এই পীড়ার প্রকৃত কারণ এখনও অজ্ঞাত। তবে গবেষকগণ স্বীকার করেন যে, বিবিধ জীবাণু কর্তৃক এই পীড়া উদ্দীপিত হইতে পারে—তন্মধ্যে ভিনসেন্ট্‌স্ জীবাণুই (Vincent fusiform, Vincent Spirochaeta) অন্যতম প্রধান। সকল রোগীর পীড়া যে একই প্রকারের হইবে তাহার কোমণ্ড ঠিক নাই। ইহা একটি পুরাতন যুগের পীড়া। ডাক্তার হল্যাণ্ডার ব্যাটাস গ্রাফ জীর্ণীয় বোড়শ

শতাব্দীতে এই পীড়ার বিষয় বর্ণনা করিয়া গিয়াছেন; সম্ভবতঃ তখন এই রোগ বর্তমান সময় অপেক্ষা অধিক হইত।

লক্ষণাবলী :—এই প্রকারের ষ্টোমাটাইটিস্ খুব কম দেখা যায়। ইহাতে মুখাভ্যন্তরীণ আক্রান্ত টীণ্ড সমূহের সমস্ত ধ্বংস সাধন হইতে থাকে। ইহার দ্বারা গণ্ডাভ্যন্তর, মাড়ী এবং এন্ডিওলার টীণ্ডসমূহ আক্রান্ত হয়।

ক্যাটারাল্—ষ্টোমাটাইটিস্কে অবহেলা করিলে এই পীড়া হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। প্রথমতঃ সামান্য ষ্টোমাটাইটিসের লক্ষণসমূহ প্রকাশ পায় এবং পরে প্রবল ক্ষীতি, স্পর্শনে কোমলতা এবং পচনশীল ক্ষতাদি পরিদৃষ্ট হয়।

পরীক্ষা করিলে মুখাভ্যন্তরে বিস্তৃত ক্ষত দৃষ্ট হয়, —যাহার মধ্যস্থল সবুজাভ কৃষ্ণবর্ণ বিশিষ্ট হয় এবং মুখ হইতে অত্যন্ত দুর্গন্ধ পাওয়া যায়। এই দুর্গন্ধ হইতেই এই পীড়ার আক্রমণ সন্দেহ করা যাইতে পারে। মুখাভ্যন্তরের টীণ্ডসমূহ ক্রমশঃ ধ্বংস প্রাপ্ত হইয়া এই পচনশীল ক্ষত চক্ষু পর্য্যন্ত ব্যাপ্ত হইতে পারে চোয়াল পচিয়া যাইতে পারে এবং দন্তসমূহ শিথিল ও আপনা হইতেই উৎপাটিত হইতে পারে। সাধারণতঃ এই সঙ্গে সামান্য জ্বর এবং ক্খার হ্রাস হয়; অধিকাংশস্থলেই দ্রুত বিষাক্ততা (Toxemia), কোমা প্রকাশ পায় এবং অবসন্নতা হেতু রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। সাব-ম্যাক্সিলারী লোশীকা গ্রন্থিসমূহ বিবর্তিত হয়। এই পীড়া প্রায়ই একই পার্শ্বে সীমাবদ্ধ থাকে। কখন কখন বহির্কর্ণ প্রদেশে এবং জী জননেজ্রিয়ের বহির্ভাগে এই পীড়া বিস্তৃত হইতে পারে।

পীড়া নির্ণয় :—এই বিশেষ প্রকৃতির পীড়া নির্ণয় করা তেমন কঠিন নহে।

পটিকাণ্ড :—এই পীড়ার পরিণামে ক্যাটারাল্ নিউমোনিয়া এবং নেফ্রাইটিস্ হওয়াও অসম্ভব নহে।

২—৫ বৎসর বয়স্ক শিশুরা এই পীড়ার অধিক আক্রান্ত হয়—বিশেষতঃ বালিকারা।

হাম, ডিফথেরিয়া, আরক্ত জ্বর, টাইফয়েড, আমাশয় নিউমোনিয়া, বক্ষা-ইত্যাদিতেও এই পীড়া প্রকাশ পাইতে পারে।

চিকিৎসা :—পীড়ার প্রতিরোধার্থ মুখ গহ্বর সর্বদা পরিষ্কার রাখা কর্তব্য। এতদ্ব্যতীত পচন নিবারক দ্রবের কুলি উপকারক। পীড়ার প্রতিরোধার্থ হাইড্রোজেন পারক্সাইড দ্বারা প্রতি নিয়ত প্রাতে ও শয়নের পূর্বে কুলি সর্বোৎকৃষ্ট।

আলোগ্যকারী চিকিৎসা :—পীড়া দেখা দিবারাত্র অস্ত্রোপচার দ্বারা সমস্ত কৃত পরিষ্কার করিয়া বাহ্যতে ক্রতের কোনও প্যাচ বর্তমান না থাকে তাহা করা কর্তব্য। অতঃপর উগ্র পচন নিবারক দ্রব দ্বারা দিবসে ৪৫ বার কুলি করিতে উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। এতদ্ব্যতীত হাইড্রোজেন পারক্সাইড ই উৎকৃষ্ট। গ্রাইকো-থাইমোলিন, লিগ্জারিন, কার্বলিক এসিড ও পটাশ ক্লোরাইডের মিশ্রিত দ্রব দ্বারা কুলিও উপকারী।

আমরা এই রোগে অত্যন্ত চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে এমিটিন ১/২—১ গ্রেণ মাত্রায় পেশীমধ্যে সপ্তাহে ২ বার করিয়া ইন্জেক্সন্স দিয়া সমূহ ফল পাইয়াছি। ডাক্তার পিটার্স বলেন যে, যেখানে অস্ত্রোপচারেও পীড়ার গতি রুদ্ধ না হয় সেখানেও ৬ সেন্টিগ্রাম মাত্রায় গ্যালিন শিরাপথে বা পেশীমধ্যে ইন্জেক্সন্স দিলে আশাতীত উপকার পাওয়া যায়।

ভাবীকল্প :—এই পীড়ার ভাবীকল্প সাংঘাতিক। বধাসময়ে ও বধানিয়মে চিকিৎসা হইলেও মাত্র ১৫% রোগী মৃত্যুমুখ হইতে রক্ষা পায়। নিউমোনিয়া বা নেফ্রাইটিস বর্তমান থাকিলে মৃত্যু অনিবার্য। যাহারা এই পীড়ার কবল হইতে রক্ষা পায়, তাহাদের চেহারা বিকৃত হয় এবং দৈহিক শক্তিও হ্রাস প্রাপ্ত হয়।

পাইওরিয়া—এলভিওলারিস্ Pyorrhoea alveolaris.

নামান্তর :—রীগ'স্ ডিজিজ, পেরিওষ্টাইটিস্ এলভিওলারিস্-ডেন্টালিস্।

সংজ্ঞা :—পেরিস্মেটাল্ ফিল্লীর পচন ও ধ্বংস সহ মাড়ীর প্রদাহকে পাইওরিয়া এলভিওলারিস্ কহে। এই রোগ প্রায়ই মধ্য বয়সে প্রকাশ পাইয়া থাকে।

কারণ তত্ত্ব :—ডাক্তার বেনিভিষ্ট ও রিশম্যান বলেন যে, এই পীড়া বংশপরম্পরায় প্রকাশ পায় অর্থাৎ কৌলিক কারণে বিশেষতঃ গাউট্ ধাতু বিশিষ্ট ব্যক্তির বংশে এই পীড়ার প্রাবল্য সর্বাপেক্ষা অধিক। দন্তের অময় ও অবহেলা, শক্ত ক্রশ বা দাঁতন ব্যবহারে দন্তের গোড়ায় পুনঃ পুনঃ আঘাত লাগা, সর্বদাই দাঁত গোঁটা ইত্যাদির ফলে সামান্য কৃত উৎপাদিত হইয়া এই দুর্দমা রোগের সৃষ্টি হয়। এই সকল ক্রতের উৎপাদক জীবাণু “ট্রেপ্টোককাস্”। নোংরা দন্ত হইতেও এই পীড়ার সৃষ্টি হইয়া থাকে।

লক্ষণাবলী :—মাড়ীর লৈঙ্গিক ফিল্লীসমূহে গভীরভাবে রক্তাবেগ হয় এবং দন্তমূল হইতে মাড়ী পৃথক্ হয়, অতঃপর পেরিস্মেটাল্ ফিল্লীসমূহ ধ্বংস প্রাপ্ত হইয়া থাকে। এইরূপে দন্তমূলের মাড়ীতে ছোট ছোট পকেট বা গর্তের সৃষ্টি হয়। এইসকল গর্ত পূজ, ভুক্ত দ্রব্যাদি, লাল ইত্যাদির দ্বারা পরিপূর্ণ হইয়া পচন ক্রিয়া আরম্ভ করে। দন্তমূল শিথিল এবং দন্তসমূহ ঋণিত হইতে থাকে। দুর্গন্ধ শ্বাসপ্রশ্বাস ইহার একটা বিশেষ লক্ষণ। এই পীড়া ক্রমশঃ পুরাতন হয় ও দন্ত মাড়ীসমূহ স্পঞ্জের মত কোমল হইয়া পড়ে।

রোগ নির্ণয় :—দন্তমূল ও মাড়ী পরীক্ষা করিলেই অতি সহজেই রোগ নির্ণয় করা যায়। ইহাতে একই সঙ্গে ২৩ বা ততোধিক দন্ত আক্রান্ত হয়। ভুক্ত দ্রব্যাদি সমূহ উভয় দন্তের মধ্যবর্তী স্থান সমূহে আটকাইয়া

ধাক্কিরা, পরে ডিহাৰ শচন দ্বারা এই পীড়ার উপশান্তি হয়।
মধুসূর ও টেবিস্ ডর্সালিস্ পীড়ার প্রাথমিক অবস্থায়
এই রোগ দেখা বাইতে পারে।

চিকিৎসা :—পীড়া প্রকাশ পাইবারাত্র দত্ত
মধ্যবর্তী স্থান, দস্তমূল ও দস্তসমূহ উত্তমরূপে যন্ত্রাদির দ্বারা
পরিষ্কৃত ও স্ফার্কিত করিয়া দিতে হইবে। মাড়ী সমূহের
আক্রান্ত স্থানে টিং আয়োডিন (রেকটীফায়েড) তুলি
দ্বারা লাগাইয়া দিলে কিম্বা ভাইনাম ইপিকাক্ জলের
সহিত মিশাইয়া তদ্বারা কুলি করিলে উপকার হয়।
আমরা অভ্যস্ত চিকিৎসার সহিত ১/২ ১ গ্রেণ মাত্রায়
এমিটিন সপ্তাহে ২ বার করিয়া পেশী বা স্বক্নিয়ে
ইন্জেক্সন দিয়া সুন্দর ফল পাইয়াছি। কার্কলিক
এসিড, মাইকোথাইমোলিন, লিটারিন ইত্যাদির দ্রব দ্বারা
দৈনন্দিন ৪।৫ বার কুলি করিলে সুন্দর ফল হয়। অধুনা
পাইওরেসিন লোসন (৪ আউন্স জলে ১ ড্রাম
পাইওরেসিন) এই পীড়ায় অতি উপযোগিতার
সহিত ব্যবহৃত হইতেছে। নিয়মিতরূপে ক্যালশিয়াম
ও ক্যালশিয়াম সংযুক্ত খাদ্যাদি আহার করিতে দিলে
পীড়ার উপশম হইয়া থাকে। সম্ভ্রুতি 'পাইওরিয়া
ড্যাক্সিন' ইন্জেক্সন দ্বারা বিশেষ ভাল উপকার পাওয়া
বাইতেছে। প্রতি বাক্সে ক্রম বদ্ধিত মাত্রায়
৬টা এম্পুল থাকে। ৪।৫ দিন অন্তর ১টা করিয়া
অধঃস্থচিক্ ইন্জেক্সন দিতে হয়। পথ্যাদির মধ্যে চর্কি
জাতীয় খাদ্যের ও মিষ্টির হ্রাস করা কর্তব্য। কলমূল, শাক
সব্বী তরিতরকারী ইত্যাদি খুব উপকারী।

ভ্রাতীকল :—ইহা তেমন মারাত্মক না হইলেও
অতি যন্ত্রণাজনক ও দীর্ঘকাল ব্যাপী পীড়া। এই পীড়া
প্রাথমিক অবস্থায় প্রায়ই উপেক্ষা করা হয়—কাজেই পরে
ইহা পুরাতন আকার ধারণ করিয়া দত্ত ও মাড়ীর সমূহ
অপকার করে এবং পাক বস্তুর বিবিধ রোগের
দুষ্টি করে।

**টোম্যাটাইটিস্ পীড়ার কতিপয় ফলপ্রস
ব্যবস্থা-পত্র :—**

১। Re.

সোডি সাল্ফ্	...	১ ড্রাম।
পালভ্ রিয়ারাই	...	০—২০ গ্রেণ।
গ্লিসারিন	...	২—৪ আউন্স।
একোথা	...	এড্ ১ পাইন্ট।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১ ড্রাম মাত্রায়, প্রতিঘণ্টায়
অথবা লক্ষণাভুযায়ী ২।৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

২। Re.

পটাশ্ ক্লোরাস	..	৫ ড্রাম।
স্ট্রাপোনিস্ মেডিসিনাল্	...	২১ ড্রাম।
ক্যালশিয়াম্ কার্ক	...	৫ ড্রাম।
অয়েল্ মেহপিপ্	..	১৫ মিনিম।
অয়েল্ ক্যারিওফাইলি	...	৪ মিনিম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া দস্তধাবনার্থ ব্যবহার্য।

৩। Re.

পটাশ্ ক্লোরাস্	...	৪৫ গ্রেণ।
টিং মার্চ	...	৪৫ মিনিম।
পরিষ্কৃত জল	...	৬ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া কুলি বা সুখণ্ডোত্তরূপে
ব্যবহার্য।

৪। Re.

স্ট্রালোল্	...	১৫ গ্রেণ।
ক্যাটিচিউ (খদির)	...	৩০ গ্রেণ।
স্পিরিট্ মেহপিপ্	...	১১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১ ড্রাম পরিমাণ ১ গ্রাস উষ্ণ
জলে মিশ্রিত করতঃ মধ্যে মধ্যে সেব্য। ধূস্রপায়ী
টোম্যাটাইটিসে উপকারী।

e. Re.

সালফেই অব্ কপার (উত্তে) ... ৫ গ্রেন।
 একোরা ... ১ আউন্স।
 একত্র মিশ্রিত করতঃ স্থানিক স্ফোটক জন্ত যৌতরূপে
 ব্যবহার্য।
 প্রাণ রোগে ১ বৎসর বয়স্ক শিশুর পক্ষে নিম্নলিখিত
 ঔষধটী উপকারী।

ড। Re

পালড্ রিয়ার ... ১ গ্রেন।
 সোডা বাইকার্ব ... ৫ গ্রেন।
 ইনকি: জেনসিয়ান ... এড্ ১ ড্রাম।
 একত্রে ১ মাত্রা। দিৎসে ৩ বার সেবা।

সিফিলিস—Syphilis.

উপদংশ

লেখক—ডাঃ এ, কে, গ্রাম আব্দুল ওয়াহেদ B. Sc. M. B.

হাউস সার্জন—প্রেসিডেন্সি জেনারেল হস্পিটাল

কলিকাতা।

(পূর্ব প্রকাশিত ২৩শ বর্ষের (১৩৩৭) ১ম সংখ্যার (বৈশাখ) ১৩ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—:—

(২) প্যাপিউলার সিফিলাইড

(Papular Syphilide):—চর্ম্মে পূর্বে রেজিওলার সিফিলাইড নির্গত হউক বা না হউক তাহার জন্ত প্যাপিউলার সিফিলাইড নির্গত হইতে কোন বাধা জন্মে না। ইহারা হস্ত পদদ্বয়ের ফ্লেক্সর সার্ফেসে (flexor surface—পরস্পর সংস্পর্শী তলদ্বয়ে) আবির্ভূত হইয়া শীঘ্রই সর্কাদে ব্যাপ্ত হয়। প্যাপিউল অর্থে দানা বা ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র গোলক বুঝায়।—নির্গমন কালে এই ইরাপস্ গোলাকার, তাম্রবর্ণ এবং দৃঢ় থাকে। পরে ইহাদের উপর আইসের স্ফটি হইয়া থাকে। প্যাপিউল বা দানা ক্ষুদ্র অথবা বৃহৎ হইতে পারে।

প্রকারভেদ :— প্যাপিউলগুলি নিম্নলিখিত চর্ম্মরোগের সূত্র হয় বলিয়া উহাদের নিম্নলিখিত প্রকারের নাম করণ হইয়াছে :—

(ক) যাক্নীফরম সিফিলাইড (acneiform syphilide—মুখত্রণ জাতীয় প্যাপিউলার সিফিলাইড):—

য়াক্নী বা মুখত্রণ মুখ, বক্ষ: ও পৃষ্ঠের উপরাংশে যাত্র পরিদৃষ্ট হয় এবং দেহের সর্বত্র বিস্তৃত হয় না। ইহা ধীরে ধীরে আবির্ভূত হয় এবং বহুদিন ব্যাপিয়া বিস্তমান থাকে।

(খ) লিচেনয়েড সিফিলাইড (Lichenoid syphilide):—

সিফিলিসের এই জাতীয় ইরাপস্ লিচেন প্লেনাস নামক চর্ম্মরোগের অনুরূপ করিয়া আবির্ভূত হয়। লিচেন প্লেনাসের উপরিভাগ সমতল এবং উহা সর্কাদা চুলকাইতে থাকে।

(গ) ফলিকিউলার সিফিলাইড (Follicular syphilide):—

ইহাতে ইরাপস্ পশ্চের মূলদেশে নিবদ্ধ থাকে। রোগ সূত্রপতির পাঁচ ছয় মাসের মধ্যে এই

প্রকার ইরাপসন্ আবির্ভূত হইতে পারে এবং প্যাপিউলার সিক্ফাইডের সঙ্গে এই প্রকার ইরাপসন্ নির্গত হইতে পারে। এই ইরাপসন্ গুলি লোহিত বর্ণ এবং দৃঢ় দানার জায় হইয়া থাকে। কখনও কখনও ইহাদের উপরিভাগে ক্ষুদ্র আইস বিস্তারিত থাকে। এ পর্যন্ত যতপ্রকার প্যাপিউলার সিক্ফাইডের বিষয় উল্লেখ কর, হইয়াছে, সে গুলিতে প্যাপিউল বা দানাগুলি অনিয়মিত ভাবে বিচ্ছিন্ন থাকে। কিন্তু অনেক সময়ে দানাগুলি বৃত্তাকারে বা বৃত্তাংশাকারে সম্মিত হইবার নিমিত্ত এবং সেই সঙ্গে সঙ্গে অসংখ্য পরিবর্তনের নিমিত্ত কতকগুলি চর্মরোগের সদৃশ হইয়া থাকে এবং ঐ সাদৃশ্য হেতু ঐ সমস্ত চর্মরোগের অনুরূপে ইহাদের নামকরণ হইয়াছে।

(ঘ) সোরিয়াসিফর্ম সিক্ফাইড (Psoriasiform syphilide) :—তাম্রবর্ণ দানাসমূহ বৃত্তাকারে সম্মিত হইয়া এই জাতীয় ইরাপসনের উদ্ভব হয়। ক্রমে ইহাদের উপর স্থল স্থল আইস উৎপন্ন হওয়ার ফলে এই ইরাপসন্ গুলি দেখিতে সোরিয়াসিস (Psoriasis) নামক চর্ম রোগের সদৃশ হয়। সোরিয়াসিসে ইরাপসন্ হস্ত ও পদদ্বয়ের অসংস্পর্শী গাত্র (Extensor surface) আবির্ভূত হয়; ইহারা রৈখিকবিন্দী আক্রমণ করে না; ইহাদের ত্বকদেশে দৃঢ়তা অনুভূত হয় না এবং ইহাদের উপর স্থল ও রোপ্যের জায় বেতবর্ণ আইস দেখা যায়। দেহের অর্ধস্থলেও এই ইরাপসন্ শুদ্ধই থাকে।

(ঙ) পিটিরিয়াসিফর্ম সিক্ফাইড (Pityriasiform Syphilide) :—ইহাতেও অতি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র তাম্রবর্ণ দানাসমূহ বৃত্তাকারে সম্মিত হইয়া উদ্ভূত হইয়া থাকে। বৃত্তের পরিধির উপরিস্থ দানাগুলির উপর ক্রমশঃ আইস উৎপন্ন হইয়া পিটিরিয়াসিস রোজিয়া নামক চর্মরোগের অনুরূপ ইরাপসনের সৃষ্টি হয়। পিটিরিয়াসিস রোজিয়া (Pityriasis Rosea) লোহিত অথবা গোলাপী বর্ণের ক্ষেত্রের জায় কোন স্থানে প্রথমে

প্রকাশ পাইয়া পরে পৃষ্ঠ, বক্ষঃ ও পেটের সর্বত্র প্রসারিত হয়। ইহা মুখে প্রকাশ হয় না। ইরাপসনের প্রত্যেক প্যাচের গোলাপী কিনারা থাকে; ক্রমে প্যাচের মধ্যস্থল হইতে গোলাপী রং অদৃশ্য ও তদস্থলে হলুদবর্ণ প্রকাশিত হয়; ক্রমশঃ প্যাচ ধীরে ধীরে বিলীন হয়। প্যাপিউলার ইরাপসন্ রোজিওলার ইরাপসনের উপর আবির্ভূত হইয়া ম্যাকিউলো প্যাপিউলার (maculopapular) সিক্ফাইড নামক একপ্রকার বিশিষ্ট ইরাপসনের সৃষ্টি করিয়া থাকে। ইহা প্রায়ই দেখা যায়।

প্যাপিউলার ইরাপসনের সহিত ইক্টিম্যাটাস (echthymatous) ইরাপসনের সম্মিলিত হইবার ফলে প্যাপিউলো স্কোয়েম্যাটাস (Papulo squemous) নামক একপ্রকার বিশিষ্ট সিক্ফাইডের সৃষ্টি করিয়া থাকে। এই শ্রেণীর ইরাপসন্ আবার সিবোরিক ডাঙ্গাটাইটিস (Seborrhoeic Dermatitis) নামক এক প্রকার চর্ম রোগের অনুরূপবর্ণী হইয়া থাকে। উক্ত চর্মরোগে চর্মস্থ সিবোসাস গ্রাণ্ড সমূহের (Sebaceous gland) এবং উৎসঙ্গিহিত চর্মের প্রদাহ দেখা দেয় এবং সিবোসাস গ্রাণ্ড হইতে তৈলাক্ত পদার্থ নিঃসৃত হইয়া চর্মের উপর সম্মিত হয় ও আইসের সৃষ্টি করে। উহা মস্তকে, গলায়, বক্ষেঃ এবং পৃষ্ঠের উপরাংশে আবির্ভূত হইয়া থাকে।

(চ) প্যাস্চুলার সিক্ফাইড (Pustular Syphilide) :—এই শ্রেণীর ইরাপসন্ তাম্রবর্ণ দানার জায় উদ্ভূত হইয়া শীঘ্রই পূঁজে পরিপূর্ণ হইয়া উঠে; গুটীকাগুলি প্রত্যেকটা হইতে বিচ্ছিন্ন থাকে এবং উহাদের তলদেশ ও চতুষ্পার্শ্ববর্তী স্থল দৃঢ় হইয়া থাকে। ইহারা দেহের সর্বত্র বিস্তৃত হইয়া থাকে।

প্রকার ভেদ :—বিভিন্ন প্রকারের চর্মরোগের অনুরূপ করিবার নিমিত্ত ইহাদিগের নিম্নলিখিত নাম করণ ও শ্রেণী বিভাগ হইয়াছে।

(ক) অ্যাক্নীফর্ম সিক্ফাইড (Acneiform syphilide) :—পূঁজবৃত্ত গুটীকা ত্রণের সদৃশ হইয়া

ধাকে বটে কিন্তু পূঁজে পরিপূর্ণ ত্রণ মুখমণ্ডল, বক্ষঃ ও পৃষ্ঠের উপরামুখ্যই সীমাবদ্ধ থাকে; অধিকতর দীর্ঘকাল স্থায়ী হয় এবং উহাদের তলদেশ ও চতুর্দিক দৃঢ় হইয়া উঠে না।

(খ) ইমপেটীজিনাস সিফিলাইড (Impetigenous syphilide):—সিফিলিসের পূঁজযুক্ত ইরাপ্‌সন্ পূঁজোৎপাদক জীবাণু দ্বারা উৎপন্ন ইম্পিটাইগো কণ্টেজিওসা (Impetigo contagiosa) নামক চর্মরোগের সদৃশ হইতে পারে। ইম্পিটাইগো কণ্টেজিওসার ইরাপ্‌সন্ দেহের সর্বত্র বিক্ষিপ্তভাবে বিস্তৃত হইতে পারে। উহাদের দৃঢ় তলদেশ থাকে না। আঁইস উৎপাটিত করিলে উহার নিম্নে দানার স্থায় কিছুই অল্পভূত হয় না।

(গ) ভ্যারিওলিফর্ম সিফিলাইড (Varioliform syphilide):—সিফিলিসের গুটীকা বসন্তের গুটীকার সদৃশ হইতে পারে। বসন্তের গুটীকা আবির্ভাবের সময় প্রবল জ্বর, সর্বদেহে অত্যন্ত বেদনা ইত্যাদি লক্ষণ বিস্তারিত থাকে। বসন্তের গুটীকা অতি দ্রুতগতিতে আবির্ভূত হয়। উহা প্রথমে ফোঁস্কার (Vesicle) আকারে দেখা দেয় এবং পরে পূঁজে পরিপূর্ণ হয়।

একথিমোটাস সিফিলাইড (Ecthymatous syphilide):—এই প্রণীর ইরাপ্‌সন্ প্রথমে পাশ্চাত্যের মত আবির্ভূত হইয়া শীঘ্রই ক্ষতে পরিণত হয় এবং উহার উপরে ক্রমাগত বহু স্তর বিশিষ্ট আঁইস জন্মিতে থাকে। এই ইরাপ্‌সন্ গোলাকার, দৃঢ়তল বিশিষ্ট, স্বল্পসংখ্যক হইয়া থাকে। ইহা সর্বদেহে প্রসারিত হয় না। রূপিয়া (Rupia) নামক ইরাপ্‌সন্ এই প্রণীর অন্তর্ভুক্ত; ইহাতে ক্ষত দ্রুত বৃদ্ধি পায় এবং বহু স্তর বিশিষ্ট আঁইস দ্বারা আবৃত থাকে।

স্পাইরোকীট প্যালিডা দেহে প্রবেশান্তর, চর্ম্মে যে সকল ইরাপ্‌সন্ বাহির হয়, তৎসমুদয় উদ্ভিখিত হইল। এক্ষণে অস্ত্রাণ্ড বিধানাবলীর বিস্তৃতি বিবৃত হইতেছে।

কেশ :—স্পাইরোকীট প্যালিডা কেশের উপর বিক্ষিপ্ত প্রকাশ করিবার ফলে, সেকেকারী কেশের প্রান্তে মস্তকের কেশ সাধারণভাবে খলিত হইতে থাকে বলিয়া কেশ পাতলা বোধ হয়। পরে মস্তকের বিভিন্ন স্থল হইতে খানিকটা করিয়া চুল উঠিয়া যায়; দেখিলে মনে হয় যেন পোকায় চুল কাটিয়া লইয়াছে। এইজন্য ইহাকে “পোকায় কাটা চুল” (motheaten) বলা হয়।

মৌখিক ঝিল্লী (Mucous membrane):—চর্ম্মে ইরাপ্‌সন্ নির্গত হইবার সঙ্গে সঙ্গে এমন কি পূঁর্বেও শ্লেষিকঝিল্লীতে ইরাপ্‌সন্ আবির্ভূত হইতে পারে। মুখাভ্যন্তরস্থ শ্লেষিকঝিল্লীর মধ্যে, ওষ্ঠদ্বয়ের অভ্যন্তরস্থ গাত্র, গণ্ডারের অভ্যন্তরস্থ গাত্র, সফট ও হার্ড পেলেটে, পিলার অব ফসিসসমূহ, টনসিলসমূহ এবং জিহ্বাতে সিফিলিসের নিমিত্ত ইরাপ্‌সন্ নির্গত হয়। শ্লেষিকঝিল্লীতে যে ইরাপ্‌সন্ নির্গত হয় তাহাকে মিউকাস প্যাচ বলা হয় (mucous patch)। ইহার সমতল উপরিভাগ বিশিষ্ট, গোলাকার, হৃদয়ের স্থায় বৈভববর্ণবিশিষ্ট এবং লোহিতবর্ণ কিনারা দ্বারা পরিবেষ্টিত। ইহাদিগের তলদেশ দৃঢ় নহে। ইহাদিগের উপরিভাগস্থ স্থল এপিথিলিয়াল স্তর শীঘ্রই ক্ষয়প্রাপ্ত হইয়া থাকে এবং তথা হইতে স্পাইরোকীট প্যালিডা পরিপূর্ণ রস নিঃসৃত হইতে থাকে। ক্রমশঃ মিউকাস প্যাচ ক্ষতে পরিণত হয়। এইপ্রকার ক্ষতের তলদেশ দৃঢ় এবং কিনারা উচ্চ হয়। ক্ষত গোলাকার অথবা সর্পাকৃতি হইয়া থাকে। ক্ষত-স্থানিয়া গেলে সর্পাকৃতি লাগ থাকিয়া যায়। পিলার অব ফসিস অবলম্বন করিয়া সর্পাকৃতি মিউকাস প্যাচ অথবা ক্ষত সফট পেলেটের দিকে অগ্রসর হয়। জিহ্বার উপর ছোট ছোট ক্ষেত্র হইতে এপিথিলিয়াল স্তর ঘর্ষিত হইয়া অদৃশ্য হয় বলিয়া, লোহিতবর্ণ মন্থন ক্ষেত্রসমূহ পরিদৃষ্ট হয়। জিহ্বার কিনারায় ফাটল ও ক্ষত দৃষ্ট হইয়া থাকে। মুখাভ্যন্তরে সিফিলিটিক ইরাপ্‌সন্ আবির্ভূত হইলে

মলমেশের লিম্ফগ্রন্থিসমূহ বেদনাহীনভাবে বর্ধিতায়তন হইয়া থাকে।

সাদৃশ্য সীতা :—মুখাভ্যন্তরস্থ সিকিলিটিক ইরাপসনের সহিত নিম্নলিখিত ব্যাধিসমূহের সাদৃশ্য পরিলক্ষিত হইয়া থাকে।

(ক) **ম্যাপথি (aphtho) :**—হজীণের নিমিত্ত ইহাদের দ্রুত উৎপত্তি হয়।

(খ) **হার্পিস (Herpes) :**—কুদ্র বহুগাণায়ক কোষারোগে এইগুলি আবির্ভূত হইয়া থাকে।

(গ) **ভিনসেন্টস গ্যান্জাইন (Vincent's Angina) :**—টনসিলের উপর পদার্থযুক্ত বহুগাণায়ক ক্ষতসহকারে এই ব্যাধির উৎপত্তি হয়। ক্ষত হইতে সোরাব (Swab) লইয়া এবং ক্ষত নিঃসৃত সিরাম লইয়া আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা দ্বারা রোগ নির্ণীত হয়। সিকিলিস ও ভিনসেন্টস গ্যান্জাইন একই সময়ে বিস্তারিত থাকিতে পারে।

(ঘ) **মারকিউরিয়াল আলসার (Mercurial ulcer) :**—এই ক্ষত শেষ মাড়ীর দাঁতের পশ্চাতে অবস্থিত হইয়া থাকে; ক্ষতস্থলের ভূতি বহুগাণায়ক হয়। রোগীর মুখাভ্যন্তরস্থ শ্লেষ্মিকঝিল্লী সাধারণভাবে প্রদাহাধিত হইয়া থাকে এবং মুখ হইতে প্রচুর পরিমাণে থু থু নির্গত হইয়া থাকে। রোগীর নিকট হইতে বহুদিন ব্যাপী পারদ সেবনের ইতিহাস পাওয়া যায়।

মিউকোপিকউটেনিয়ার জাংশন (Mucocutaneous Junction) :—শ্লেষ্মিক ঝিল্লী ও চর্মের সন্ধিস্থল :—এইখানে নিম্নলিখিত ইরাপসন্ প্রভৃতি প্রকাশ পায়।

(ক) **কণ্ডাইলোমা ল্যাটা :**—মুখের কোণস্থলে, নাসিকার কোঁকরের নিকটে, মলদ্বারের চতুর্দিকে এবং শেরিয়া বেজরাতে প্যাপিউলার ইরাপসন্ নির্গত ও সঞ্চিত হইয়া কণ্ডাইলোমা

(Condyloma) নামক সমতল উপগ্রিভাষবিশিষ্ট বৃহদাকার আঁচিলের সৃষ্টি হয়। ইহারা ধূসরবর্ণ, আর্দ্র ও বেদনাহীন; ইহা হইতে নিঃসৃতরস বহু স্পাইরোচীট প্যাপিউলার পরিপূর্ণ থাকে বলিয়া ইহা সর্কোপেকা সংক্রামক বলিয়া পরিগণিত হয়। পরস্পর সংস্পর্শী চর্মেও কণ্ডাইলোমা আবির্ভূত হইতে পারে। যথা :—কুঁচকিতে, বগলে, পাছায়, স্থলকায় ক্রীলোকের স্তস্তের নিম্নভাগে এবং পায়ের আঙ্গুলের মধ্যে।

(খ) **মিউকাস প্যাচ (mucous patch) :**—মুখের কোণে শ্লেষ্মিকঝিল্লী ও চর্মের সন্ধিস্থলে প্যাপিউলার আবির্ভূত হইয়া শীঘ্র মিউকাস প্যাচে পরিণত হয়। এক্ষেপণঃ ইহা ফাটলে পরিণত হইতে পারে। কখনও কখনও মিউকাস প্যাচ ক্ষতে পরিণত না হইয়া পুরু হইয়া হাইপারট্রফিক সিকিলাইডের মত আঁচিলে পরিবর্তিত হয়।

(গ) **হাইপারট্রফিক সিকিলাইড (Hypertrophic Syphilide) :**—ওষ্ঠ উপরোষ্ঠ ও নাসিকার সন্ধিস্থলে প্যাপিউলার আবির্ভূত হইয়া দ্রুতগতিতে বৃহদাকার হইয়া উঠে এবং উহার সন্নিহিত স্থল ক্ষীত দৃঢ় ও কর্কশ হইতে থাকে এবং পরিণামে আঁচিলের স্তায় পুরু হইয়া উঠে। ফ্রাম্বিসিয়া নামক ব্যাধির ইরাপসনের সঙ্গ হয় বলিয়া ইহাকে ফ্রাম্বিসিফর্ম সিকিলাইড (Framboesiform Syphilide) বলা হইয়া থাকে।

মাংসপেশী (Muscles) :—সেকোয়ারী ঠেঙের অতি প্রারম্ভেও হস্তবায়ের সমুখস্থ ও পদবায়ের পশ্চাভাগস্থ মাংসপেশীসমূহে (flexor muscles of extremities) এবং পৃষ্ঠের ইরেটর স্পাইনী মাংস পেশীতে 'কামড়ানী' রূপ বহুগাণায়ক আবির্ভাব হইয়া থাকে এবং রাড্রে বৃদ্ধি পায়।

অস্থিসন্ধি (Joints) :—সেকোয়ারী ঠেঙে অস্থিসন্ধি ও উহা গঠনকারী উপাদানসমূহ প্রায়ই

আক্রান্ত হয় না। কিন্তু কদাচ রাজ্যে পরিবর্তনশীল বেদনামুক্ত তরুণ অথবা বেদনাবিহীন পুরাতন সাইনোভাইটিসের উদ্ভব হইতে পারে। শেষোক্ত প্রকারে অস্থিধ্বংস গতিশক্তি অধিক ক্ষুণ্ণ হয় না।

অস্থি (Bone) :—সেকেণ্ডারী ষ্টেজে মুহূর্ণে পেরিঅস্টাইটিস (অস্থি আবরক ঝিল্লীর প্রদাহ) আবির্ভূত হইতে পারে।

কর্ণ (Ear) :—সেকেণ্ডারী ষ্টেজে অন্তরস্থ কর্ণের গাত্রাবরক ঝিল্লীর প্রদাহের (Periostitis of bony wall of internal ear) ফলে শ্রবণশক্তির হানী হইতে পারে।

চক্ষু (Eye) :—সেকেণ্ডারী ষ্টেজের প্রারম্ভে কনজাক্টিভাইটিস (conjunctivitis), ইণ্টারষ্টিসিয়াল কিরাটাইটিস (Interstitial Keratitis) ও আইরাইটিস (Iritis) দেখা দিতে পারে। সিফিলিসজনিত আইরাইটিস অধিক যন্ত্রণাদায়ক হইয়া থাকে।

লিভার (Liver—যকৃৎ) :—সেকেণ্ডারী ষ্টেজে লিভার প্রায়ই আক্রান্ত হয় না; তবে সময়ান্তরে লিভারের তরুণ প্রদাহ ও জন্ডিস দেখা দিতে পারে। সিফিলিটিক হেপাটাইটিস সহজেই আরাম হয়।

কিডনী (Kidney—মূত্রগ্রন্থি) :—সেকেণ্ডারী ষ্টেজের প্রারম্ভে (রোগান্তরের তিন হইতে ছয় মাসের মধ্যে) মূত্রগ্রন্থির তীব্র অথবা মুহূর্ণ প্রদাহের উৎপত্তি হইতে পারে এবং তজ্জন্ত স্বরূপাল স্থায়ী গ্যালবিউমিনিউরিয়া (Albuminurea) দেখা দিতে পারে। কখনও কখনও ইহা হইতে কিডনীর পুরাতন প্রদাহের উৎপত্তি হয়।

হার্ট (Heart—হৃদপিণ্ড) :—সেকেণ্ডারী ষ্টেজে হৃদপিণ্ডের মাংসপেশীর মুহূর্ণ প্রদাহের (myocarditis) উৎপত্তি হইতে পারে এবং এজন্ত হৃদপিণ্ডের উপর অস্পষ্ট অথবা সুস্পষ্ট বেদনা, হৃদকম্পন, হৃদপিণ্ডের ক্রম ও অনিয়মিত ক্রিয়া এবং কোয়ল সিষ্টোলিক

মর্ম্মরধ্বনি প্রকাশ পায়। চিকিৎসার দ্বারা ইহার শীঘ্র উপকার হয়।

রক্ত ভেসেলস (Blood Vessels—রক্ত-এগালী সমূহ) :—রোগের হৃৎপাতের দুই হইতে পাঁচ বৎসরের মধ্যে আর্টারীর পুরাতন প্রদাহ (Chronic Arteritis) দেখা দিতে পারে।

সেন্ট্রাল নার্ভাস সিস্টেম (Central nervous System—কেন্দ্রীয় স্নায়ুমণ্ডল) :—সেকেণ্ডারী ষ্টেজের প্রারম্ভের দিকে (অর্থাৎ রোগের হৃৎপাতের ছয় মাসের মধ্যে) শতকরা ৩০ জন রোগীতে কেন্দ্রীয় স্নায়ুমণ্ডলী সিফিলিস দ্বারা আক্রান্ত হয়। সেরিব্রোস্পাইন্যাল ফ্লুইডের পরিবর্তন দ্বারা ইহা বুঝা যায়। কিন্তু এই সময়ে কেবল স্নায়বিক রোগলক্ষণ প্রকাশ পায় না। সময়ে সময়ে কোন কোন রোগীতে মস্তিষ্কাবরক ঝিল্লির উত্তেজনার ফলে মস্তকে যন্ত্রণা পরিলব্ধ হয়। ভবিষ্যতে শতকরা ৩০ জনের মধ্যে ৪ জনের সিফিলিসব্যাতি সাংঘাতিক স্নায়বিক ব্যাধি দেখা দেয়।

বিলম্বে আবির্ভূত সিফিলিসের সেকেণ্ডারী ষ্টেজের লক্ষণসমূহ Late secondaries.

চর্ম্ম (Skin) :—সুচিকিৎসা হইলে সেকেণ্ডারী ষ্টেজের প্রথমে প্রকাশিত চর্ম্মের ইরাপসন্ স্বরূপাল নির্মিত অদৃশ্য হয় এবং নূতন নূতন ইরাপসন্ পুনঃ পুনঃ আবির্ভূত লইতে থাকে। এইজন্ত বিলম্বে প্রকাশিত ইরাপসন্ কখন নির্গত হয়, তাহা পৃথক করা যায় না।

সেকেণ্ডারী ষ্টেজের বিলম্বে আবির্ভূত ইরাপসন্ সমূহের নিম্নলিখিত বিশেষত্ব পরিলক্ষিত হইয়া থাকে। যথা—ইহারা অনিয়মিতভাবে বিকস্পীভবায় চর্ম্মের বিভিন্ন স্থলে প্রকাশ পায় এবং দেহের উভয় দিকে সমানভাবে

আবির্ভূত হয় না। ইহাতে কোন বেদনা বা চুলকানী থাকে না। ইরাপস্গুলি বৃত্তাকারে বা বৃত্তাংশাকারে সজ্জিত হইয়া থাকে। উহাদিগের কেন্দ্রস্থল আরোগ্য লাভ করিতে থাকে এবং প্রান্তদেশ বিস্তার লাভ করিতে থাকে। ইরাপস্ নির্গমনের সময় দেহের উপরস্থ লিম্ফগ্রন্থিসমূহ বড় হইয়া উঠে না। ইরাপস্ নিঃসৃত সিরাম হইতে স্পাইরোকট প্যালিডা উদ্ধার করা সহজ হইয়া উঠে। ইরাপস্ আরাম হইলে কৃষ্ণ বর্ণ কিনকিযুক্ত দাগ (Scar with pigmented border) রহিয়া যায়। রোগীর রক্তের সিরাম দ্বারা ড্যালারম্যান বিয়াকসন্ পরীক্ষা করিলে উহার ফল পজিটিভ হয়।

প্রকারভেদ:—বিলম্বে আবির্ভূত সিকিলিসে নিরলিখিত কয়েকপ্রকার ইরাপস্ পরিলক্ষিত হয়। যথা:—

(১) প্যাপিউলার (Papular):—প্যাপিউলগুলি আধ ইঞ্চি হইতে চার পাঁচ ইঞ্চি ব্যাস বিশিষ্ট

বৃত্তের পরিধির উপর সজ্জিত হইয়া আবির্ভূত হয়। বৃত্তাকারে সজ্জিত ইরাপস্ সিকিলিসের বৈশিষ্ট্য বৃত্তের পরিধির মধ্যে সূহ চর্ম বিস্তারিত থাকে। ইহাকে সার্কিনেট (Circinate) সিকিলাইড বলে।

আবার কখনও কখনও প্যাপিউলগুলি আঙ্গুরের খেলের মত গুচ্ছাকারে সজ্জিত থাকে বলিয়া, উহাদিগকে করিম্বোজ (Corymbose) সিকিলাইড বলা হয়। ইহাতে গুচ্ছের মধ্যস্থলে শক্ত লোহিত বর্ণ বৃহদাকার প্যাপিউল থাকে এবং উহার চতুর্দিকে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বহু প্যাপিউল “খোল বা গুচ্ছ” বাধিয়া সজ্জিত থাকে। এই প্রকার গুচ্ছাকার ইরাপস্ও সিকিলিসের বৈশিষ্ট্য। এই প্রকার ইরাপস্ লাঘব অথবা গুটীয়াল রিজিয়ন দ্বয়ে, ক্রকের পশ্চাত্তাগে ও হস্ত ও পদদ্বয়ের অসংস্পর্শীতলে প্রকাশিত হয় এবং সর্কাজের মধ্যে মাত্র কয়েকটি প্যাচ দৃষ্ট হয়।

(ক্রমশঃ)

পায়েরলাইটিস্—PYELITIS.

লেখক—ডাঃ খ্রীস্টিভুশন মিত্র B. Sc. M. I.

হাউস সার্জন, দিবাপাতিয়া রাজ হস্পিট্যাল।

—:~::~:—

মূত্রবায়ের (Kidney) বন্তিদেহের (পেলভিস্) নৈরিকবিদ্রীত তরুণ বা পুরাতন প্রবাহকে— “পায়েরলাইটিস্” পীড়া কহে। জীবগু দ্বারা সংক্রমিত হইয়াই এই পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে।

ইহাতে সাধারণতঃ মূত্রগ্রন্থি প্রদেশে সামান্য বা অসহ্য, কণহারা বা সর্সকণহারা বেদনা; প্রস্রাবে পুঁজ বা মেয়া এবং কখন কখন এতৎসহ পুঁজ অরও প্রকাশ পাইয়া থাকে। এই পীড়া পরে “পেরিনেফ্রাইটিস্”

রোগে পরিণত হইলে অতি সাংঘাতিক হয় এবং অধিকাংশস্থলেই রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হইয়া থাকে।

“পায়েরলাইটিস্” অবস্থায় যথাসময় চিকিৎসা হইলে রোগী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্যলাভ করিতে পারে; কিন্তু “পেরিনেফ্রাইটিস্” অবস্থায় চিকিৎসার বিশেষ ফল পাওয়া যায় না।

অধুনা এই পীড়া আমাদের দেশে যথেষ্ট দেখা যায়; কিন্তু রোগ নির্ণয় হয় না বলিয়া, বহু রোগী অকালে

কালক্রমে পতিত হইয়া থাকে। অনেকে এই পীড়াকে সাধারণ প্রমেহ পীড়া মনে করিয়া, সেইরূপভাবে চিকিৎসা করিয়া থাকেন। ফলে, পীড়া আরোগ্য না হইয়া রোগী সম্বর মৃত্যুমুখে পতিত হয়। অতএব অনেক ক্ষেত্রে এই পীড়া ‘গণোরিয়া’ হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে; কিন্তু গণোরিয়া হইতে এই পীড়া সম্পূর্ণ স্বতন্ত্র। এতদসম্বন্ধে পরে আলোচনা করা হইতেছে।

শ্রেণী-বিভাগ (Classification):—বিশেষজ্ঞগণ এই পীড়াকে তিনটি অবস্থা বা শ্রেণীতে বিভক্ত করিয়াছেন। যথা:—

(১) তরুণ (Acute);

(২) তরুণ ও পুরাতন অবস্থার মধ্যবর্তী সমতরুণাবস্থা (Subacute);

(৩) পুরাতন (Chronic);

সচরাচর এই পীড়ায় সঙ্গে মূত্রাশয়ের (ব্লাডার) প্রদাহ বর্তমান থাকে।

কারণতত্ত্ব (Etiology):—এই পীড়ার কারণতত্ত্ব সম্বন্ধে আলোচনা করিয়া বিশেষজ্ঞগণ বলিয়াছেন যে, রোগোৎপাদক জীবাণু দ্বারা সংক্রমিত হইয়া মূত্রগ্রন্থি (Kidney) এবং তত্রতা বস্তিদেশের (Kidney pelvis) শৈল্পিককিল্লিতে উক্ত জীবাণু সমূহের বংশ বিস্তৃতিই, এই পীড়া উৎপন্ন হইবার অত্যন্ত প্রধান কারণ। সাধারণতঃ “ব্যাসিলি কোলাই” (Bacillus Coli Communis) ইহার উৎপাদক জীবাণু। ‘ব্যাসিলি কোলাই’ কীটাজীবি সচরাচর মূত্রযন্ত্র আক্রমণ করিয়া এই পীড়ার উৎপত্তি করিয়া থাকে।

মূত্রগ্রন্থিতে অগ্নরী সঞ্চয়জনিত উগ্রতা, গাত্রে সহসা ঠাণ্ডা লাগা এবং মূত্রগ্রন্থির সন্নিহিত কোনও বিধানের—বিশেষভাবে মূত্রস্থলীর প্রদাহ বিস্তৃত হইয়াও এই পীড়া হইতে পারে। সহসা আঘাত লাগা; ক্যাথারাইটিস্, কিউবের্, ইউরোট্রোপিন্ প্রভৃতি

উগ্রতাসাধক ঔষধানলীর মূত্রমার্গদ্বারা নির্গমণ এবং বহুমূত্র রোগীর মূত্রে প্রচুর শর্করা নির্গত হইতে থাকিলেও মূত্রগ্রন্থির প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে এবং তাহা হইতে “পায়েলাইটিস্” পীড়ার উৎপত্তি হওয়া অসম্ভব নহে।

এতদ্ব্যতীত মূত্রস্থলীতে মূত্র বিগলিত ও বিযুক্ত (decomposed) হইয়া তদ্ব্যবস্থায় কীটাজীবি ইউরোট্রোপিন্ পথে কিড্‌নী মধ্যে প্রতিষ্ঠিত হইয়া, এই পীড়া উৎপাদন করিতে পারে। বিবিধ সংক্রামক পীড়া, যথা:—বসন্ত, ওলাউঠা, টাইফয়েড্, ইত্যাদি রোগেব পরবর্তী ফল স্বরূপ ইহা প্রকাশ পাইতে পারে। আবার মূত্রপিণ্ডে অগ্নরী (ষ্টোন) বর্তমান থাকিলে, অথবা ইউরোট্রোপিন্ পথে কিড্‌নী ও ব্লাডারের মধ্যবর্তী উভয় পার্শ্বের নলপথ) অগ্নরী আবদ্ধ হইলে, তজ্জনিত মূত্রগ্রন্থির বস্তিদেশের যে উগ্রতা উপস্থিত হয়, তাহা হইতেও পায়েলাইটিস্ পীড়া উৎপন্ন হইতে পারে। মূত্রযন্ত্রে অস্ত্রোপচারের পর ইউরোট্রোপিন্ অথবা মূত্রাশয়ে দীর্ঘকাল মূত্র আবদ্ধ হইয়া থাকিলে পায়েলাইটিস্ পীড়া হওয়া অসম্ভব নহে। এইরূপ সঞ্চিত মূত্রেই বিবিধ জীবাণু—বিশেষতঃ, ব্যাসিলি কোলাই সহজেই উৎপন্ন হইয়া বংশ বিস্তার করিবার বিশেষ সুযোগ পায় এবং ইহারাব্যবশ্যে মূত্রপিণ্ড ও তত্রতা বস্তিদেশে সংক্রমিত হইয়া পায়েলাইটিস্ রোগোৎপাদন করিয়া থাকে। বিশেষজ্ঞগণ বলেন যে, পায়েলাইটিস্ রোগের প্রধান উৎপাদক জীবাণু—“ব্যাসিলাস্ কোলাই”; কিন্তু অনেক সময়ে “ষ্ট্রেপটোকক্কাস্ অরিয়াস বা এল্‌বাস্” এবং ‘ষ্ট্রেপটোকক্কাস্’ জীবাণুর সংক্রমণ দ্বারাও এই পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে; আবার কখন কখন ইহারাব্যাসিলাস্ কোলাইএর সহিত একত্রেও বর্তমান থাকে। পীড়া পুরাতন এবং কঠিন আকারের হইলেই ২৩ রকমের জীবাণু একত্রে বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। কখন কখন টিউবাকুল ব্যাসিলির সংক্রমণ জন্মও পায়েলাইটিস্ পীড়া উৎপন্ন হইতে পারে।

বয়স (sex):—এই পীড়া যে কোনও বয়সেই দেখা যাইতে পারে। তবে পূর্ণবয়স্ক ব্যক্তির মধ্যেই এই

পীড়া অধিক দেখা যায়। শিশু ও অল্প বয়স্কদিগের মধ্যেও এই পীড়া অধিক পরিমাণে দেখা যায়।

অল্পবয়স্ক বালকবালিকাদের মধ্যে সর্বাধিক গুরুতর পীড়াকে সিষ্টাইটিস্ বলিয়া রোগ নির্ণয় করা হয়; প্রকৃত পক্ষে তাহার অধিকাংশ স্থলেই উহা পায়েরাইটিস্ বলিয়া পরে বিবেচিত হইয়াছে। শিশুদের মধ্যে সাধারণতঃ সিষ্টাইটিস্ পীড়া দেখা যায় না। পায়েরাইটিস্ পীড়া, যে কোনও বয়সে হইতে পারে। জন্মবার কিছুদিন পর হইতে ৭৫ বৎসর বয়স পর্যন্ত ইহা যে কোনও সময়েই হইতে পারে। ৩১ বৎসর বয়স হইতে ৪০ বৎসর বয়স পর্যন্ত, এই সময়েই এই পীড়া হইবার সর্বাপেক্ষা অধিক সম্ভাবনা;—অর্থাৎ এই বয়সে ২৫% এবং ২১—৩০ বৎসর বয়সে ২০% রোগী দেখা যায়।

পূর্বে অনেকের বিশ্বাস ছিল যে, এই পীড়া জীলোকের মধ্যে খুব কম হয়। কিন্তু বর্তমান সময়ে বিবিধ গবেষণা দ্বারা বিশেষজ্ঞগণ উক্ত বিশ্বাস ভ্রান্ত বলিয়া ঘোষণা করিয়াছেন। গর্ভ সঞ্চারের পর, প্রসবের পর এবং বালিকাদের ও অন্তান্ত জীলোকের পায়েরাইটিস্ হইবার সংখ্যা গ্রহণ করিলে দেখা যায় যে, পুরুষ অপেক্ষা জীলোকদেরই এই পীড়া অধিক হয়। ডাঃ ক্রেস্‌মার (Dr. H. L. Kretschmer in Jour. Amer. Med. Assoc. 1920 T. P. M. vi 736) বলেন যে,—জীলোকদের মধ্যে পায়েরাইটিস্ পীড়ার সংখ্যা ৬১% এবং পুরুষদের মধ্যে ৩৯% দেখা যায়। ইনি আরও বলেন যে, ইহাতে বাম মূত্রপিণ্ড অপেক্ষা দক্ষিণ মূত্রপিণ্ডই অধিক সংক্রমিত হইয়া থাকে।

লক্ষণ-তত্ত্ব ও পীড়ার গতি (Symptoms and Course) :—পীড়া তরুণ, সম তরুণ বা পুরাতন হইতে পারে। সর্বপ্রকার অবস্থাতেই তৎপূর্বে মূত্রপিণ্ডের পীড়া অথবা নিষ্কটবর্তী অন্ত কোনও ব্যক্তি বিশেষের পীড়া বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। যদিও উহা অনেক সময়ে স্বাভাবিক বোধিত পায়ার বায় না।

(১) **তরুণ পায়েরাইটিস্ (Acute Pyelitis) :—**তরুণ পায়েরাইটিস্ পীড়া আরম্ভ হইবার পূর্বে সাধারণতঃ শীতবোধ, উত্তাপাধিক্য এবং পরে ঘর্ম প্রকাশ পাইয়া থাকে। জরীয় উত্তাপ ১০৫° ডিগ্রী পর্যন্ত উঠিতে পারে। তরুণ পীড়ায় জরের কোনও বিশেষত্ব দেখা যায় না। এই জ্বর সন্ধ্যায়, সন্ধ্যাবিরাম বা অবিরাম প্রকৃতির হইতে পারে। জিহ্বা শুষ্ক, প্রবল পিপাসা ও কখন কখন গাত্রদাহ বর্তমান থাকে। বিবসিমা এবং বমন একত্রে অথবা কেবলমাত্র বিবসিমা বা বমন বর্তমান থাকিতে পারে। অত্যন্ত ক্যাকাশেভার এবং স্পষ্ট অবসাদ ও ক্লান্তি বর্তমান থাকে। মূত্রমধ্যে প্রচুর পুঁজ, অসংখ্য জীবাণু, ব্যাকটেরিয়া, এলক্যুমেন (অগুসান) এবং লোহিত রক্তকণিকা কিছু কিছু বর্তমান থাকে। মূত্র পরীক্ষা করিলে এই রোগ অতি সহজেই নির্ণীত হইয়া থাকে। মূত্র “কাংচার” করিয়া পরীক্ষা করিলে, তন্মধ্যে অসংখ্য “বাসিলি কোলাই” নামক জীবাণু বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। মূত্রযন্ত্রের পীড়ায়—বিশেষতঃ, মূত্রপিণ্ডের রোগে উপরিউক্ত লক্ষণসহ মূত্রসহ পুঁজ নির্গত হইতে থাকিলে, এই পীড়া বলিয়া সন্দেহ করতঃ, রোগীর সমস্ত লক্ষণাবলী বিশেষ বিচক্ষণতা ও মনযোগিতার সহিত পর্যালোচনা করা এবং সম্ভব হইলে যত শীঘ্র সম্ভব রোগীর মূত্র পরীক্ষা করা কর্তব্য। এতদ্ উদ্দেশ্যে কোনও ভাল ল্যাবোরেটরীতে মূত্র পাঠান উচিত। মূত্রগ্রহি প্রদেশে সর্বদাই একটু ভারবোধ ও কখন কখন শূলবৎ বেদনাও অনুভূত হয়। যদি এই ভারবোধ বা শূলবৎ বেদনা কষ্টকর এবং সমভাবেই দীর্ঘদিন স্থায়ী হয় ও তৎসহ শীতবোধ ও জ্বর বর্তমান থাকে; তাহা হইলে মূত্রপিণ্ড মধ্যে ফোটিক উদগমের সন্দেহ করতঃ, তৎপ্রতি তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখিয়া চিকিৎসা করা কর্তব্য। রোগোৎপাদক জীবাণু দ্বারা মূত্রাশয় সংক্রমিত হওয়ার জন্য রোগী পুনঃ পুনঃ অল্প পরিমাণে মূত্রত্যাগ করে, মূত্রত্যাগকালীন জ্বালাবোধ, অতিকষ্টে মূত্রত্যাগ, পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগেচ্ছা, মূত্রত্যাগ

হইতে সর্বদাই মূত্র নিঃসরণ অথবা মূত্রাবরোধ ইত্যাদি লক্ষণাবলী প্রকাশ পাইয়া থাকে। সিষ্টাইটিস বর্তমান না থাকিলেও, এই সকল লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে। মূত্রাবরোধ হইয়া আক্ষেপ প্রকাশ পাইতে পারে এবং রোগী কোমার আক্রান্ত হইলে, প্রায়ই অতি অল্প সময়ের মধ্যেই ইহলীলা সংবরণ করে। আবার কখন কখন ক্রাইসিস্ দ্বারা হঠাৎ জ্বর বিচ্ছেদ হইয়া, অথবা জ্বর স্বল্পবিরাম প্রকৃতির হইয়া, ক্রমশঃ বিচ্ছেদ হয় এবং তাহাতে হয় রোগী আরোগ্যলাভ করে - না হয় পুরাতন অবস্থাপ্রাপ্ত হয়। মূত্রগ্রন্থি হইতে সহসা পূজ করণে স্থগিত হইলেও, রোগী হঠাৎ মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারে।

এই পীড়ায় সাধারণতঃ নিম্নলিখিত লক্ষণ সমূহ প্রকাশ পাইয়া থাকে। যথা : -

- (ক) কটীদেশে বেদনা ও কামড়ানি বোধ।
- (খ) পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগেচ্ছা; মূত্রত্যাগে যন্ত্রণা।
- (গ) শীতবোধ হইয়া জ্বর প্রকাশ; এই জ্বর প্রায় প্রবল হয়।
- (ঘ) জ্বরের সঙ্গে সার্বাস্থিক অসুস্থতা, বিবমিষা, উত্তাপাধিকা এবং নাড়ীর দ্রুতত্ব বর্তমান থাকে।
- (ঙ) মূত্রের স্বাভাবিক অবস্থার পরিবর্তন হয়।
- (চ) মূত্র অম্লধর্মী (acid) বা ক্ষারধর্মী (alkaline) এবং উহা ঘোলাটিয়া, রক্ত মিশ্রিত এবং উহা পিতাইলে উহাতে গ্লেয়া বা গ্লেয়া ও পূজ সংযুক্ত পদার্থ অধঃস্থ হয়।
- (ছ) একটা টেক টিউবে কিয়ৎ পরিমাণ প্রস্রাব রাখিয়া, তন্মধ্যে কয়েক বিন্দু ট্রিং নাইট্রিক এসিড দিলে, এসিড ও প্রস্রাবের

সংযোগস্থলে একটা সুস্পষ্ট খেতবর্ণের গোলাকার বৃত্ত দেখা যায়। প্রস্রাবে যথেষ্ট পরিমাণে এলবুমিন (অণুলাল) থাকাতাই এই চিহ্ন প্রকাশ পায়। ইহা প্রস্রাবে এলবুমিনের বিজ্ঞমানতাজ্ঞাপক চিহ্ন।

পুরাতন পায়েরলাইটিস্ (Chronic Pyelitis) :- কখন কখন তরুণ পীড়া কিছুদিন পরে পুরাতন অবস্থাপ্রাপ্ত হয়। ইহা স্বরণ রাখা কর্তব্য যে, পুরাতন পীড়ায় বহু বৎসর পর্যন্তও রোগীর কোনওরূপ জরীয় লক্ষণ অথবা মূত্রত্যাগে কোনও কষ্টদায়ক লক্ষণ প্রকাশ নাও পাইতে পারে। অতঃপর হঠাৎ কোনও কারণে মূত্রমধ্যে পূজ ও জীব-পু বর্তমান থাকিতে দেখিয়া পীড়া নির্ণীত হয়। ইহা ছাড়াও অনেক সময়ে নিম্নলিখিত লক্ষণগুলির দ্বারাও এই পীড়ার পুরাতন অবস্থা সন্দেহ করা হয়। যথা : -

- (ক) পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগ।
- (খ) মূত্রত্যাগকালীন অত্যন্ত জ্বালা যন্ত্রণা।
- (গ) অতিক্রমে মূত্রত্যাগ।
- (ঘ) ফোঁটা ফোঁটা করিয়া সর্বদা মূত্রত্যাগ অথবা একেবারে মূত্রাবরোধ।

প্রটেক্টের পীড়া, ট্রিকচার, গণোরিয়া এবং মেরুরণ্ডের পীড়ার পরিণামে পায়েরলাইটিস্—বিশেষতঃ, পুরাতন পায়েরলাইটিস্ রোগ হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। গণোরিয়াজনিত ট্রিকচার অত্র করিবার পরও অনেক রোগীর পায়েরলাইটিস্ হইতে দেখা যায়। তরুণ পীড়ার মূত্রপরীক্ষায় বাহা পাওয়া যায়—পুরাতন পীড়াত্তেও তাহাই পাওয়া যায়; কেবলমাত্র কখন কখন ইহাতে লোহিত রক্তকণিকাসমূহ দেখিতে পাওয়া যায় না।

যদি কোনও কারণে মূত্রগ্রন্থি হইতে পূজ নির্গমন

বাধা প্রাপ্ত হয় অথবা নির্গত পূজ ইউরেটার মধ্যে আবদ্ধ হইয়া পড়ে, তাহা হইলে সহসা প্রবল জরসহ তরুণ পাইয়েলাইটিস্ পীড়া প্রকাশ পাইতে পারে এবং পীড়া সাংঘাতিক অবস্থাপ্রাপ্ত হইয়া রোগীর জীবন বিপন্ন করিতে পারে। পুরাতন প্রকার পাইয়েলাইটিস্ পীড়ায় ক্যাক্‌হেক্‌শিয়া (রক্তহীনতা ও দৌর্বল্য) ও তৎসহ কঠিনদেশে (মূত্রগ্রন্থি প্রদেশে) স্পষ্ট বেদনা সর্বদাই বর্তমান থাকে। মূত্রসহ নিঃসৃত গ্লেয়ার সৌদ্রীয় ও গ্লেয়িক তন্তুর পরিত্যক্ত ডেব্রিস বিদ্যমান থাকিতে দেখা যায়। এইরূপ পীড়া দীর্ঘকালস্থায়ী হইলে নেফ্রাইটিস বা পেরিনেফ্রাইটিস্ উৎপন্ন হয়, এবং রোগী সাতিশয় দৌর্বল্যগ্রস্ত হইয়া মৃত্যুমুখে পতিত হইয়া থাকে।

ভাবীক্ষণ (Prognosis) :—রোগের কারণ নিরূপিত হইয়া সময়ে সূচিকিৎসা হইলে, প্রায়ই রোগী আরোগ্যলাভ করিতে পারে। কিন্তু দুঃখের বিষয়, প্রায়ই রোগী সময়ে আমাদের চিকিৎসাধীনে আসে না। পীড়া জটিল করিয়া, মৃত্যুর কিছু দিন পূর্বে চিকিৎসাধীন হয়—সুতরাং পীড়া নির্ণয় করিয়া চিকিৎসারস্তের সঙ্গে সঙ্গেই রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হইয়া থাকে।

কখন কখন দৌর্বল্যবশতঃ এবং কখন বা মূত্রপিণ্ড বা সন্নিহিত কোনও বিধানে প্রদাহের বিস্তারি বশতঃ রোগীর মৃত্যু হয়। সহসা কোনও কারণে বা ঔষধ ব্যবহার জ্ঞাত পূজ নিঃসরণ স্থগিত হইলেও রোগীর মৃত্যু হইতে পারে। সেইজন্য সূচিকিৎসক সর্বদাই লক্ষ্য রাখিবেন যে, যাহাতে সহসা পূজ নিঃসরণ বন্ধ না হয়।

রোগ-নির্ণয় (Diagnosis) :—পাইয়েলাইটিস্ পীড়া নির্ণয় করা খুব কঠিন নহে। প্রথমতঃ এই পীড়ার সহিত গণোরিয়া পীড়ার ভ্রম হইতে পারে; সুতরাং উভয় পীড়ার লক্ষণাবলী অতি বিচক্ষণতার সহিত পর্যালোচনা করিলে শেথোক্ত পীড়ার সহিত এই পীড়ার প্রভেদ নির্ণয় কষ্টসাধ্য হয় না। মূত্রপরীক্ষা ছাড়াও, অত্যন্ত সাধারণ লক্ষণসমূহ দ্বারাও আলোচনা করতঃ, এই পীড়া নির্ণয় করিতে হইবে।

সাধারণতঃ এই পীড়ার মূত্র দেখিতে ঘোলাটিয়া এবং অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষায় এই ঘোলাটিয়ার হেতু পূজ ও রোগোৎপাদক জীবাণুর অবস্থান নির্ণীত হয়। মূত্রে কয়েক বিন্দু ট্রং নাইট্রিক এসিড সংযোগ করিলে, এসিড ও মূত্রের সংযোগস্থলে স্পষ্ট খেতবর্ণের “রিং” দেখা যায়; ইহা প্রস্রাবে ত্বচুর পরিমাণে “এগবায়েন্” বা অণুলালার বিদ্যমানতা জ্ঞাপন করে।

আমুবাঞ্চিক পরীক্ষায়—মূত্রমধ্যে লোহিত রক্তকণিকা ও ইপিথিলিয়াল কোষসমূহও দেখিতে পাওয়া যায়।

মূত্রগ্রন্থি বা ইউরেটার মধ্যে পাথুরী বর্তমান থাকিলে “এক্স-রে” (রঞ্জন-রশ্মি) দ্বারা আলোক চিত্র লইলে উহা স্পষ্টই বুঝিতে পারা যায়।

কুজ পরীক্ষায়—বাসিলি কোলাই জীবাণু পাওয়া গেলে ও তৎসহ পূয়জ জর বর্তমান থাকিলে, মূত্রগ্রন্থির টিউবারকিউলোসিস্ বলিয়া সন্দেহ করিতে পারা যায়। উত্তমরূপে পুনঃ পুনঃ আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় মূত্র বা নির্গত পূজমধ্যে টিউবারকিউলোসিস্ পীড়ার জীবাণু দৃষ্ট হয়। অত্যান্ত লক্ষণ আলোচনা করিয়া পাইয়েলাইটিস পীড়াকে ইহার সহিত পৃথক করিতে হয়।

চিকিৎসা :—রোগের উৎপাদক কারণের প্রতি তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখিয়া চিকিৎসা করা কর্তব্য। যদি মূত্রাশয়ে বা মূত্রগ্রন্থিতে অশুরী (পাথুরী) বর্তমান থাকে, তাহা হইলে অন্ত্ৰচিকিৎসার দ্বারা তাহা নিরাকৃত করিতে হইবে। এ রোগের সাধারণ চিকিৎসায় রোগীকে শয্যায় সর্বদা শুইয়া থাকিতে উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। সম্পূর্ণ বিশ্রাম ইহার একটা উৎকৃষ্ট চিকিৎসা। অল্প তরল অথচ পুষ্টিকর পথ্য ব্যবস্থায়। দৃষ্ট—একটা উৎকৃষ্ট পথ্য। রোগী অত্যন্ত দুর্বল হইলে পুষ্টিকর লঘু পথ্য ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এতদর্থে ক্রিম্ব ও ব্রাণ্ডি বা পুরাতন পোর্ট ওয়াইন সহ ঈষৎকৃত দৃষ্ট পুনঃ পুনঃ পান করিতে দেওয়া যাইতে পারে। মুহুর ডাল বা কচি সুগীর স্ক্রুয়াও ভাল। রিলাতী বেগুন, মটর গুটী, কপি, শাক ইত্যাদি একত্রে সিদ্ধ করতঃ, তাহার কাথ নির্গত করিয়া লইয়া, তৎসহ লবণ ও লেবুর রস

মিশাইয়া লইয়া সেবন করিতে দিলে রোগীর যথেষ্ট বলাধান হয়। ইহাকে “ভেজিটেবল সুপ্ বা শক্তীকর সুফল” বলে। ইহাতে যথেষ্ট ভিটামিন থাকে। ইহা বলকারক ও রুচিজনক।

প্রস্রাব সরল রাখিবার জন্ত রোগীকে প্রচুর পরিমাণে জলীয় পদার্থ পান করিতে দেওয়া কর্তব্য। এতদর্থে ডাবের জল, ঘোলের সরবৎ, চিনি বা মিশ্রির সরবৎ, সোভা, লোমোনেড, ঠাণ্ডাজল, বালী ওয়াটার ইত্যাদি ব্যবহৃত হয়। ইহাদের মধ্যে ডাবের জল সর্বোৎকৃষ্ট।

প্রস্রাবের প্রতিক্রিয়া অল্প হইলে, প্রচুর পরিমাণে সোভাওয়াটার বা এই শ্রেণীর ক্ষার পানীয় ব্যবস্থা করিতে হয়। কিন্তু উহার প্রতিক্রিয়া ক্ষার হইলে প্রচুর পরিমাণে অম্ল পানীয় ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এতদর্থে লেবুর রসের সরবৎ বিশেষ উপযোগী।

কটীদেশে উষ্ণ শেঁক ও পুন্টাস্ বেশ উপকারী। উষ্ণ কটমান বা কটিতে উষ্ণ বাষ্প প্রয়োগ করিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

মূত্রবস্তুর ক্রিয়ার শমতা সম্পাদনার্থ বিরেচক ও বর্ধকারক ঔষধ প্রয়োজন হয়। এই পীড়ায় রোগীকে সর্বদাই বিশ্রামে রাখা কর্তব্য। ইহা আমেরিকার বিখ্যাত মূত্র-বস্ত্রপীড়ার বিশেষজ্ঞ ডাক্তার রাইটনা এম, ডি, মহাশয় পুনঃ পুনঃ উল্লেখ করিয়াছেন। ইহার মতে এই পীড়ায় স্থানিক চিকিৎসা নিষিদ্ধ। বিশ্রাম, পথ্য ও প্রচুর পরিমাণে শীতল জলপানই উৎকৃষ্ট চিকিৎসা। ঔষধার্থে—ইনি “হেক্সামিন” (ইউরোটোপিন্ ৭১—১০ গ্রেন মাত্রায় প্রতি ৪ ঘণ্টান্তর ব্যবস্থা করেন। এইরূপ হলে বাজারের যা তা “হেক্সামিন” ব্যবহার না করাই ভাল। “শেরিং”এর “ইউরোটোপিন্” সর্বশ্রেষ্ঠ। ইহাই ব্যবহার্য।

পাকস্থলী ও অন্ত্রের ক্রিয়ার প্রতি সর্বদা বিশেষ লক্ষ্য রাখা কর্তব্য। কোষ্ঠকাঠিন্য বাহাতে না আসে, তজ্জন্ত প্রায়ই আবশ্যকমত বিরেচক ঔষধ দ্বারা অল্প পরিষ্কার রাখা উচিত। তাহাতে রোগী অনেকটা সুস্থ থাকে।

এতদর্থে লাবণিক বিরেচক বেশ ভাল। তরুণ পীড়ায় উল্লিখিত প্রণালীতে চিকিৎসা করিলেই, সাধারণতঃ আশামুরূপ ফল পাওয়া যায়। কিন্তু সমতরুণ ও পুরাতন পীড়ায় আরও বিস্তৃতরূপে চিকিৎসার আবশ্যক হয়। ইহা পরে বলা যাইতেছে।

ঔষধীয় চিকিৎসা (Medical treatment):—এই পীড়ায় বিবিধ ঔষধ ব্যবহৃত হইয় থাকে; তন্মধ্যে যে ঔষধগুলি ব্যবহারে সস্তর আশামুরূপ ফল পাওয়া যায়, কেবল তাহাদের বিবরণই এখানে উল্লিখিত হইল।

(১) সোডি বাইকার্ব :—অধিকাংশ চিকিৎসকের মতে এই পীড়ায় সোডি বাইকার্ব বেশ উপকারী। এতদর্থে সোডি বাইকার্ব ১,২—১ চা-চামচ পরিমাণে অর্থাৎ ৩০ ৬০ গ্রেন, এক মাস শীতল জলে উত্তমরূপে দ্রব করিয়া লইয়া, দিবসে তিনবার পান করিতে দিলে উপকার পাওয়া যায়।

(২) স্যালোল্ :—অনেকে এই পীড়ায় “স্যালোল্” ব্যবহার করিতে উপদেশ দেন। স্যালোলের পচননিবারক ও জীবাণুনাশক ক্রিয়ার জন্তই সম্ভবতঃ ইহা ব্যবহৃত হয়। কিন্তু ইহাতে সর্বত্র সুফল পাওয়া যায় না।

(৩) হেক্সামিন :—এই পীড়ায় “হেক্সামিন” এর ব্যবহার সর্ববাদীসম্মত। ইহার সুফল সকলেই স্বীকার করেন। এই পীড়ায় ইহা একটা বহু পরীক্ষিত উৎকৃষ্ট ঔষধ। ইহা ৭—১০ গ্রেন মাত্রায় প্রচুর পরিমাণে জলে দ্রব করতঃ দিবসে ৩৪ বার সেব্য। “হেক্সামিন” ব্যবহারের পূর্বে রোগীর মূত্র লিটমাস কাগজ দ্বারা পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্তব্য। মূত্র যদি ক্ষারধর্মী হয়, তাহ হইলে ১০ গ্রেন মাত্রায় এসিড সোডিয়াম্ ফস্ফেট প্রতি ৪ ঘণ্টা অন্তর ব্যবহার করতঃ, প্রস্রাবের প্রতিক্রিয়া ক্ষারধর্মী করিয়া লইয়া, অতঃপর হেক্সামিন ব্যবহার করিতে হইবে; নচেৎ আশামুরূপ উপকার পাওয়া যাইবে না।

কোন কোনও রোগীতে হেমাগ্লিন ব্যবহার করিয়া বিশ্রীভ ফল পাওয়া যায় ইহাতে সুস্বাদের প্রদাহ - এমন কি, সূত্রাধরোধ বা রক্তপ্রস্রাব পর্যন্ত হইতে পারে। এরূপস্থলে তৎক্ষণাৎ হেমাগ্লিন ব্যবহার স্থগিত রাখিয়া, তৎপরিবর্তে বেজোয়িক এসিড ব্যবহার করা কর্তব্য।

পরীক্ষা করিয়া জানা গিয়াছে যে, এই পীড়ায় ঔষধ ব্যবহার অপেক্ষা কেবলমাত্র প্রচুর পরিমাণে শীতল জল পান করিতে দিয়া অধিকতর সুফল পাওয়া যায়। কেবল শীতলজলই এতদর্থে উৎকৃষ্ট পানীয়; কিন্তু রোগীর তৃষ্ণার জন্য লিথিয়াই সাইট্রাস মিশ্রিত জল পান করিতে দিতে পারা যায়। লিথিয়া ওয়াটার দ্বারা প্রস্রাব বেশ সরল থাকে।

পুরাতন পাইয়েলাইটিস পীড়ায় নিম্নলিখিত ব্যবস্থা হইতে উপযোগিতার সহিত ব্যবহার করা যায়।

১। Re.

অয়েল টেরিবিহ (ভেনিস্) ...	১ ½ ড্রাম।
পালড্ ক্যাম্ফার ...	১ ½ ড্রাম।
এক্সট্রাক্ট ওপিয়াই ...	৫ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট একোনাইট ...	২ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ২০টা বটিকায় বিভক্ত করিয়া, প্রতি ৮ ঘণ্টার ১টা করিয়া বটিকা সেব্য। ১টা বটিকা খাইয়া ১গ্রাস শীতল জল পান করিতে হইবে।

২। Re.

অয়েল টেরিবিহ ...	১ ½ মিনিম।
এক্সট্রাক্ট সিকোনা ...	১ ½ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১টা বটিকা প্রস্তুত করিয়া, দিবসে ৩ বার আহারান্তে সেব্য।

ভ্যাক্সিন চিকিৎসা :- পাইয়েলাইটিস পীড়ায় ভ্যাক্সিন-চিকিৎসা অবলম্বিত হইয়া থাকে; কিন্তু ইহার ফল সম্বন্ধে মতভেদ দেখিতে পাওয়া যায়। কেহ কেহ বলেন যে, এই পীড়ায় ভ্যাক্সিন চিকিৎসা, অজ্ঞাত

পীড়ার ভ্যাক্সিন চিকিৎসার মতই সামান্তরূপ ফলদায়ক। আবার কেহ কেহ বলেন যে, তাঁহাদের চিকিৎসিত রোগীতে ভ্যাক্সিন ব্যবহারে আশাতীত উপকার পাওয়া গিয়াছে।

মূত্র পরীক্ষায় মূত্রে ব্যাসিলি কোলাই পাওয়া গেলে, তাহার অটো ভ্যাক্সিন করতঃ, ইঞ্জেক্সন দিলে সুন্দর ফল পাওয়া যায়। মূত্র পরীক্ষায় যে সকল জীবাণু পাওয়া যাইবে, সেই সকল জীবাণুর ভ্যাক্সিন ইঞ্জেক্সন দেওয়া কর্তব্য।

পাইয়েলাইটিস রোগী চিকিৎসা করিবার পূর্বে, পীড়ার কারণ নির্ণয় করিবার উদ্দেশ্যে, রোগীকে উত্তমরূপে পরীক্ষা করা দরকার। পাকস্থলী ও অন্তের ক্রিয়ার প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখা দরকার। দেখা গিয়াছে যে, কোষ্ঠকাঠিন্য হইলেও পাইয়েলাইটিস পীড়া প্রকাশ পাইয়াছে। এখানেও কোলন ব্যাসিলাসই উদ্দীপক কারণ। এরূপস্থলে কোষ্ঠকাঠিন্য পীড়ার উপযুক্ত চিকিৎসা হইতেই পীড়া সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়া গিয়াছে। সরঞ্জামের বিবিধ সেপ্টীক পীড়া; বধা—ভগন্দর (ফিশ্চুলা) ফিশার (মলদ্বার বিদীর্ণ), অর্শ, ইত্যাদির পরিণামেও পাইয়েলাইটিস পীড়া হওয়া নিতান্ত অসম্ভব নহে। পাইয়েলাইটিস রোগীর এই সকল পীড়া থাকিলে, ইহাদের স্ফটিকিংসা দ্বারা নিরাময় না করা পর্যন্ত, কেবলমাত্র পাইয়েলাইটিস পীড়ার চিকিৎসা করিলে কোনই উপকার পাওয়া যায় না। সুতরাং পচননিবারক লোশন দ্বারা এইরূপ ক্ষতাদি ধোত করা ও তাহার উপযুক্ত চিকিৎসা করা প্রয়োজন। এই সকল বিষয় বিশেষভাবে স্মরণ করিয়া রোগীর চিকিৎসা করা কর্তব্য।

পাইয়েলাইটিস পীড়া পুরাতন অবস্থাপ্রাপ্ত হইয়া পেরিনেফ্রাইটিস রোগের সৃষ্টি করে ইহাতে তরুণ বা পুরাতন প্রদাহের লক্ষণসংযুক্ত মূত্রগ্রন্থি চতুর্দিকস্থ কোষীয়-তন্তুর প্রদাহ হইয়া থাকে। এই রোগে মূত্রগ্রন্থির পরিবেষ্টক কোষীয় বিধান প্রদাহগ্রস্ত হয়। প্রথমে কোষিক-তন্তুর (সেলিউলার টিসু) রক্তাবেগ ও উৎস্রজন

(Infiltration) এবং—কোষীয়-বিধান দৃঢ় ও স্থূল হয়। কখন কখন রোগের পরিণতাবস্থায় উহার মধ্যভাগে বা-স্থানে স্থানে ফোটক উৎপত্ত হইয়া পুঁয়োৎপত্তি হয়। কখন কখন পূঁজ পচিয়া দুর্গন্ধযুক্ত হইয়া থাকে। ফোটক স্ফর বা বিলম্বে বৃহদাকার প্রাপ্ত হইতে ও উদর গহ্বরের যে কোনও অংশে ব্যাপ্ত হইয়া বিবিধ বিধান ভেদ করিয়া গমন করিতে পারে। ইহা কটীদেশে অথবা পিউবিসের নিম্নাংশে কিম্বা উরুদেশ পর্য্যন্ত গমন করিতে পারে। কখন কখন ইহা কোলন বা অন্ত্রাবরণ মধ্যে মুক্ত হয় অথবা ডায়াফ্রাম ভেদ করিয়া এসুপাইমিয়া প্রভৃতি রোগ উৎপাদন করিতে পারে। ইহাতে কম্প ও জরীয় লক্ষণসমূহ উপস্থিত হয়। দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি; পুঁয়জ-জ্বর প্রকাশ; নাড়ী দ্রুতগতি ও উল্লক্ষনশীল বা ক্ষীণ; জিহ্বা বেতবর্ণ ময়লাবৃত; শতাব্দ্য তৃষ্ণা, কোষ্ঠকাঠিন্য, ক্রমশঃ শীর্ণতা ও ক্ষীণতা এবং মূত্রবস্ত্র সম্বন্ধীয় বিবিধ লক্ষণ উপস্থিত হইয়া থাকে।

স্থানিক লক্ষণ সকলের মধ্যে উরু ও কটীদেশে অসহ্য বেদনাই সর্বপ্রধান। কখন কখন বেদনা এত প্রবল হয় যে, উহা মূত্রাশ্রয়ী-নির্গমন-জনিত শূলবেদনার ত্রায় অসহ্য হয়। চাপিলে বা অঙ্গ সঞ্চালনে বেদনার বৃদ্ধি হয়।

সন্নিহিত বিবিধ বস্তুরমধ্যে ফোটক ফাটিয়া পুঁজ নির্গত হইতে পারে। ফোটক অন্ত্রমধ্যে বিদীর্ণ হইলে ভাবীফল শুভ আশা করা যায়। কখন কখন ইহা যোনি বা ইউরেটার মধ্যে ফাটিয়া পুঁজ নির্গত হইয়া যায়। অন্ত্রাত্ম আভ্যন্তরিক বস্ত্রে ফোটক বিদীর্ণ হইলে ভাবীফল নিতান্ত অশুভকর হয়। সাতিশয় দৌরুল্য বশতঃ রোগীর মৃত্যু হইতে পারে। কঠিন রোগ স্বতঃ আরোগ্য হইতে দেখা যায়।

স্থানিক ও সাক্ষাৎ প্রদাহের লক্ষণ দ্বারা এ রোগ নির্ণয় করা কঠিন হয় না। চিকিৎসার্থ আয়োজনের স্থানিক প্রলেপ দ্বারা প্রভূতগত সাধন এবং আভ্যন্তরিক পটীশ আয়োডাইড ব্যবহার ফলপ্রদ। স্থানিক উষ্ণ শেঁক, উষ্ণ পুলটীশ, এন্টিফ্লোজিষ্টিন প্রয়োগ

উপকারী। যদি পুঁয়োৎপত্তি হইয়াছে অস্বীকৃত হয়, তাহা হইলে অন্ত্রোপচার দ্বারা যথাবিহিত চিকিৎসা করা কর্তব্য।

চিকিৎসিত রোগীর বিবরণ

সম্প্রতি আমি একটা পায়েলাইটিস্ রোগীর চিকিৎসা কারিয়াছি। ইহার বিবরণ নিম্নে উল্লিখিত হইতেছে।

রোগী :—..... .. যোবাল। আসাম হইতে চিকিৎসার্থ কলিকাতায় আসেন। বয়স ৩৬৩৭ বৎসর।

পূর্ব ইতিহাস :—রোগীর ইতিপূর্বে গণোরিয়া, ও ঠীক্চার হইয়াছিল। ঠীক্চারে অন্ত্রোপচার করা হইয়াছিল। মূত্রের সহিত পুঁজ স্লেয়া নির্গত হইত। কিডনী প্রদেশে ক্ষীণ বেদনা সর্বদাই বর্তমান থাকিত। মূত্র পরীক্ষায় ব্যাসিলি কোলাই ও গণোককাস্ পাওয়া গিয়াছিল। শিলং হইতে ব্যাসিলি কোলাই এর অটোভ্যাক্সিন করাইয়া ৬টা ইন্জেক্সন্ লইয়াছিলেন ও অনেকগুলি গণোককাস্ ভ্যাক্সিন ইন্জেক্সন্ও লইয়াছেন, কিন্তু কোনও ফল হয় নাই।

বর্তমান অবস্থা :—সর্বদাই কটীদেশে ক্ষীণ বেদনা; কখন কখন এই বেদনা অসহ্য হয়। আহাৰাস্তে বমন—বিশেষতঃ, অন্ন আহাৰ করিলে। পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগ, মূত্রবেগ ধারণে অক্ষম। মূত্র পরিমাণে অল্প ও কঠে মূত্র ত্যাগ হয়। মূত্রে তলানি পড়ে। বৈকালে সামান্য জ্বর হয়। কখন কখনও শীত করিয়া জরীয় উত্তাপ বৃদ্ধি পায়। জদপিণ্ড দুর্বল। মীহা বর্জিত। রোগী শীর্ণ ও দুর্বল। মূত্র পরীক্ষায় পুঁজ, রক্তকণিকা, অণুলাল ও ব্যাসিলি কোলাই পাওয়া গেল। রজন-রশ্মি পরীক্ষায় মূত্রগ্রন্থি, ইউরেটার বা মূত্রস্থলীতে অশ্রয়ী দৃষ্ট হইল না। বাম মূত্রগ্রন্থি অপেক্ষাকৃত বিবৃদ্ধ মনে হইল।

চিকিৎসা :—নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করা হইল।

বিশ্রাম। ডাবের জল পান। ফলের রস, বালী ওয়াটার, ছানার জল, হরলিক্‌স্ মলটেড্ মিক্ ইত্যাদি তরল পদার্থ পথ্য।

ব্যাসিদি কোলাইএর অণ্টোজেনিন প্রস্তুত করতঃ ৩ দিন অন্তর তিন দিন ৩টা অধঃস্থচিক্ ইন্জেক্সন্ কেওয়ার ব্যবস্থা করা হইল।

*. সেবনার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম -

১। Re.

ইউরোট্রোপিন্ ... ১০ গ্রেণ।

এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর শীতল জল সহ সেবা।

২। Re.

সোডা ক্রোরাইড্ ... ৭½ গ্রেণ।

পটাশ সাইট্রাস্ ... ২০ গ্রেণ।

সোডা বাইকার্ব ... ১০ গ্রেণ।

এলিম্বার ইউরেটোন্ কোঃ ১/২ ড্রাম।

টাং বেলেডোনা ... ৭ মিনিম।

একোরা ... এ্যাড্ ১ আউন্স।

১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। দিবসে ৩৪ মাত্রা সেবা

এই চিকিৎসার রোগীর বস্তুনিষ্ঠ উপশম হইয়াছিল এবং রোগী একটু সুস্থ বোধ করিয়াছিলেন। কিন্তু সহস্রা বন্ধ বান্ধবের পরামর্শে চিকিৎসা পরিবর্তন করিয়া কবিরাজী ঔষধ সেবন করেন। অতঃপর হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করাইতে থাকেন এবং সহস্রা পূজকরণ বন্ধ হইয়া অর বৃদ্ধি ও সেন্টিসিমিয়ার লক্ষণ প্রকাশ পায় এবং কোথা হইয়া রোগী যত্নমুখে পতিত হন।

“পুরাতন মেহ” বলিয়া পন্নীগ্রামে যে সকল রোগী পাণ্ডুরা যায়, আমি দেখিয়াছি তাহার অধিকাংশই পায়েরাইটিস্ পীড়াগ্রস্ত। রোগ নির্ণয় না হওয়ার সূচিকিৎসা হয় না :ং লোকের ধারণা যে মেহ রোগেই রোগী মারা গেল। আশা করি, পাঠকগণ এইরূপ রোগীর চিকিৎসাকালীন পায়েরাইটিস্ পীড়ার কথা একবার স্মরণ করিবেন।

গ্যাস্ট্রিক আলসার—Gastric Ulcer.

(পাকাশয়ের ক্ষত)

লেখক—ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাশ M. B., M. C. P. & S, (C. P. S.)

M. R. I. P, H. (Eng.)

(পূর্বে প্রকাশিত ২৩শ বর্ষের (১৩৩৭) ১ম সংখ্যার (বৈশাখ ১৯ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—:o:—

(উ) আন্তর্জাতিক লক্ষণাবলীঃ—অতি শান্ত শিষ্ট ব্যক্তিরও পাকাশয়ের ক্ষত হইলে, কিছুকাল রোগ ভোগের পর রোগী খিট্ খিটে অভাবের হইয়া পড়ে। দায়বীর নোর্বলাই সম্ভবতঃ ইহার অন্ততম প্রধান কারণ। দায়প্রধান ব্যক্তিদের এই পীড়া হইলে, তাহারা এই রোগ সম্বন্ধে বিবিধ চিন্তা করে। ফলে—সামান্য লক্ষণ বা রোগমাত্রেই তাহারা অত্যন্ত কাতর হয় ও হতাশ হইয়া

পড়ে। এইরূপ রোগীকে সরলতা আশ্বাস দেওয়া এবং প্রকৃত রাখিবার চেষ্টা করা কর্তব্য।

রোগ-নির্ণয়ঃ—পাকাশয়ের ক্ষত্রোগ সাধারণতঃ নিম্নলিখিত বিশেষ লক্ষণসমূহ দ্বারা সন্দেহ করা যায়। বধাঃ—উত্তেজনাযুক্ত লক্ষণসমূহ; পাকাশয়ে বেদনা - বাহা আহ্বারের পরই নিবৃতি হয়; অন্নাস্বাদ ও অন্ন গন্ধযুক্ত বাস্ত পদার্থ, রক্তবমন বা বাস্ত পদার্থে রক্ত

বর্তমান; রক্তভেদ ইত্যাদি। শিশুহালীর পীড়া, নেকোলিথিয়াসিস, টিউবার্কিউলার পেরিটোনাইটিস, গ্যাট্রিক-কার্সিনোমা (পাকানশয়ের ক্যান্সার), প্যানক্রিয়াসের পীড়া, অগ্নিশূল, এশিগ্যাট্রিক হার্নিয়া ইত্যাদির লক্ষণাবলী বিশেষ ভাবে আলোচনা করতঃ, এই পীড়ার সহিত উহাদিগকে পৃথক করা কর্তব্য।

ভাবীকল্প :—নিত্য অন্তর্ভুক্ত নহে। প্রথম হইতে স্ফটিকিৎসা ও পথ্যাদির ব্যবস্থা হইলে, পীড়া আরোগ্য হইতে পারে। পাকানশয়-প্রাচীর ক্ষত দ্বারা বিদীর্ণ হইলে, আব্রাবরক-খিলীর প্রস্রাব, অথবা প্রচুর রক্তবমন বা রক্তভেদ হইলে, রোগীর মৃত্যু হইতে পারে।

চিকিৎসা

এই পীড়ার চিকিৎসাকে দুই ভাগে বিভক্ত করা হয়। যথা :—

(১) তরুণ কতের চিকিৎসা ;

(২) পুরাতন কতের চিকিৎসা ;

যথাক্রমে ইহাদের বিষয় বলা যাইতেছে। যথা :—

তরুণ কতের চিকিৎসা :—তরুণ কতের প্রথম এবং প্রধান চিকিৎসা—শয্যায় বিশ্রাম ব্যবস্থা। যদি রক্তবমন বা রক্তভেদ হয়, তাহা হইলে রক্তস্রাব সম্পূর্ণরূপে স্থগিত না হওয়া পর্যন্ত রোগীকে উপবাসী রাখা কর্তব্য। কোনওরূপ পথ্য দিবেন না। সাধারণতঃ সম্পূর্ণরূপে বিশ্রাম গ্রহণের সপ্তাহকাল মধ্যেই রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া যায়। এশিগ্যাট্রিক প্রদেশে শৈত্যপ্রয়োগ, অথবা হালকা ব্যাগে বরফ পূর্ণ করতঃ, তাহা প্রয়োগ করিলে রক্তস্রাব উপশমিত হয়। ইহা প্রতিবারে—৩ ঘণ্টাকাল ব্যাপিবে। প্রয়োগ এবং ১ ঘণ্টাকাল বিরাম দেওয়া কর্তব্য। আবশ্যক হইলে পুনরায় প্রয়োগ করিবেন। রোগীর রক্তে হিনিজা হইলে নিস্তার ব্যাঘাত ঘটান কর্তব্য নহে। বরষের ইহু বা শীতল জল অত্যন্ত পরিমাণে চুষক

দিয়া পান করিলে তৃষ্ণা নিবারণ হয়। শীতল জল ১ পাইন্ট পরিমাণ, কিবা নরমাল সোলাইন, সলিউশন, বা সোডা বাইকার্বের ক্ষীণ দ্রব, অথবা ১০% প্যাপেলি মুকোজ সলিউশন সরলারে অতি ধীরে ধীরে প্রতি ২৪ ঘণ্টায় ২১৩ বার প্রয়োগ উপকারক। যদি অত্যধিক রক্তস্রাব জন্ত রক্তের লোহিত কণিকাসমূহের অত্যধিক হ্রাস হয়, তাহা হইলে টাটিকা রক্ত অত্যধিক করিতে পারিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। এইরূপে বহু রোগীর জীবন রক্ষা পাইয়াছে। রক্তস্রাব ও রোগীর ভীতি নিবারণার্থ মর্ফিনা ও এট্রোপিন অথঃডাট্রিক ইঞ্জেক্সন দেওয়া হইয়া থাকে। মর্ফিনা অপেক্ষা প্যাপেলি অধিকতর উপযোগী।

রক্তস্রাব নিবারিত হইবার পর, প্রথমতঃ রোগীর উদরপ্রদেশ উষ্ণজল ও সাবান দ্বারা ধোত করিয়া, পরে উষ্ণ বিশোধিত (sterile) জল দ্বারা পুনরায় ধুইয়া ফেলিতে হইবে। অতঃপর এলকোহল দ্বারা মুছিয়া বাইক্লোরাইড্ অব্ মার্কারীর ১—৫০০০ শক্তির দ্রব দ্বারা উত্তমরূপে ধুইয়া, একখানি সুপরিষ্কৃত বস্ত্রখণ্ডে ৫% বা ১০% বোরিক এসিডের মলম লাগাইয়া সমস্ত উদরপ্রদেশে বসাইয়া দিয়া, ইহার উপর প্রতি ১৫ মিনিট অন্তর পুলটীশ দিতে হইবে। প্রত্যহ বোরিক মলম ধুইয়া এবং স্বক পূর্ববর্ণিত আব্রাবরী ধোত করতঃ, পুনরায় বোরিক মলম ও পুলটীশ প্রয়োগ করিতে হইবে। ১৫ মিনিট অন্তর এই উষ্ণ পুলটীশ প্রয়োগ সম্ভব হয় না; সুতরাং প্রতিবারে ২১৩ ঘণ্টা পুলটীশ প্রয়োগের পর—২১৪ ঘণ্টা বিশ্রাম দিতে পারা যায়। এইরূপে পুলটীশ প্রয়োগ করিলেই যথেষ্ট হইবে। ১/৩ অংশ তিশি এবং ২/৩ অংশ তুবি মিশ্রিত করতঃ এই পুলটীশ প্রস্তুত করা কর্তব্য। উদরপ্রদেশ দৈনিক একবার ধোত করিলেই চলিবে। ইহার অধিকবার ধুবার প্রয়োজন নাই।

পুনঃ পুনঃ উষ্ণ পুলটীশ প্রয়োগ জন্ত স্বক কুণ্ডিত হইতে পারে এবং পরে উহাতে ক্ষত ক্ষত কণ্ড উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। কিন্তু কোনওরূপ চর্মরোগ হইতে

দেখা যায় নাই। উত্তাপজনিত এই সকল সামান্য লক্ষণাবলী অভ্যাসকাল মধ্যেই অন্তর্হিত হইয়া যায়।

এইরূপ পুষ্টিগ্ৰন্থ প্রয়োগের উদ্দেশ্য এই যে, ইহাতে বেদনা, পাইনোরিক রক্তের আক্ষেপ এবং অত্যধিক অল্পবৃত্ত পাকরসের প্রাচুর্য নিবারিত হয় এবং ইহাতে পাকশয়ের ক্ষত সমস্ত আরোগ্য হইয়া থাকে।

পথ্য সম্বন্ধে ব্যবস্থা এই যে,—রোগীকে সমস্ত দিনে (পুষ্টিগ্ৰন্থ প্রয়োগকালীন) মাত্র ৫ বার উষ্ণ চন্দ্র পান করিতে দেওয়া কর্তব্য। বাংসের ত্রণ বা বাংসের অন্নগ্রাস দিতে পারা যায়। এই ভাবে এক সপ্তাহ পথ্যাদি দেওয়ার পর সপ্তাহে বাংসের স্থপ সহ সাণ্ড বা অন্ন অথবা তুন্ডে সৰু কাটারীভোগ চিড়ি বা চাউল সিদ্ধ করতঃ, তৎসহ শর্করা মিশ্রিত করতঃ খাইতে দেওয়া যায়। ডিম্বের খেতাংশ, কাঁচা বা অর্ধসিদ্ধ কুকুট অণ্ড এবং অসিদ্ধ কচি. দুর্গা দেওয়া বাইতে পারে। অজ্ঞাত কোমল মাংসও অসিদ্ধ করতঃ ক্রমশঃ ব্যবস্থা করিতে পারা যায়। ৫ম সপ্তাহের পর সাধারণ আহাৰ্য্য ব্যবস্থা :

লেনহার্জের চিকিৎসা (Lenhartz treatment) :—ডাঃ লেনহার্জ তরুণ কতে নিম্নলিখিত প্রথা অনুযায়ী চিকিৎসার উপদেশ দেন। যথা—রক্তপ্রাবের অব্যবহিত পরেই উচ্চ মাত্রায় প্রোটিন্ জাতীয় পথ্য প্রয়োগ করিতে হইবে। প্রথমতঃ রোগীকে সম্পূর্ণরূপে শয্যায় বিশ্রামের উপদেশ দিবে এবং এইরূপে চারি-সপ্তাহকাল শযায় শুইয়া থাকিতে বলিবে। প্রথম ৫ দিন পর্যন্ত উদরদেশে আইস্ ব্যাগ বা শৈত্য প্রয়োগ করিতে হইবে।

প্রতিবারে অন্ন অন্ন করিয়া ২০০—৩০০ সি. সি. পরিমাণ শীতল দুগ্ধ (দুগ্ধের বোতল বরক মধ্যে রাখিয়া শীতল করিয়া নইলেই ভাল হয়) পান করিতে দিলে যথেষ্ট উপকার হয়। ২—৪টা কাঁচা ডিম্ব ফেটাইয়া প্রথম দিন পান করিতে দেওয়া যায়। এই ডিম্ব সামান্য শর্করা দ্বারা মিষ্ট করিয়া লওয়া বাইতে পারে। লেবুর রস দ্বারা স্বপকও করিয়া বাইতে পারে। এট ডিম্বও সম্ভব হইলে বরক

দ্বারা শীতল করিয়া নইলে ভাল হয়। ক্রমশঃ দুগ্ধ ও ডিম্বের পরিমাণ বৃদ্ধি করা কর্তব্য।

ডাঃ লেনহার্জ, বিসমার্থ্ সাব্‌নাইটেট্ ৩০ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ ৩ বার করিয়া, ইহা দশদিন পর্যন্ত সেবনের উপদেশ দেন। এতৎসহ দুগ্ধ, ডিম্ব, শর্করা চাউলের ক্ষুদ্র এবং মাখন ব্যবস্থা করিতে বলেন।

সিপিচিকিৎসা (Sippy-treatment) :—ডাক্তার বারট্রাম্ ডব্লিউ, সিপি (Dr. Bertram W. Sippy) নিম্নলিখিতরূপে এই পীড়ার চিকিৎসা করিবার উপদেশ দেন। এই চিকিৎসা যথেষ্ট উপকারী বলিয়া ইনি মত্ত প্রকাশ করিয়াছেন। এই চিকিৎসা প্রণালীকে “সিপি চিকিৎসা-প্রণালী” বলা হয়। ইহা এইরূপ :

প্রাতঃকালে ৭ ঘটিকা হইতে আরম্ভ করিয়া সন্ধ্যা ৭ ঘটিকা পর্যন্ত প্রতি ঘণ্টায় একবার করিয়া সমপরিমাণ দুগ্ধ ও তুন্ডের নবনী একত্রে মিশ্রিত করতঃ, এই মিশ্রিত দ্রব্যে ৩ আউন্স করিয়া প্রতিবারে পান করিতে দিতে হইবে। ইহার ২১ দিন পরে পূর্বাভিক আহারের সময়ে ১টি অর্ধসিদ্ধ কুকুট অণ্ড এবং অপরাহ্নিক আহারের সময়ে—৩ আউন্স পরিমাণ অসিদ্ধ অন্ন (সরু ও পুরাতন চাউলের), “ওটমিল্”, সাণ্ডর খিচুড়ী (সাণ্ড ও সামান্য মুসুর দাইল সহ), কাটারীভোগ চিড়ার মণ্ড ইত্যাদি দিতে পারা যায়। এই সকল পথ্য তিন আউন্সের বেশী খাইতে দেওয়া কর্তব্য নহে। ক্রমশঃ এই পথ্যের সহিত ২১টি করিয়া কোমল অর্ধসিদ্ধ অণ্ড যোগ করিয়া লওয়া বাইতে পারে। দুগ্ধের পরিবর্তে মধ্যে মধ্যে স্থপ, অসিদ্ধ গুরকারী (কপি, বিট, গাজর, শাক-পাভা) এবং অজ্ঞাত মুখরোচক লঘুপাচ্য পথ্যাদিও ব্যবস্থা করিতে পারা যায়। রোগী যদি পছন্দ করে, তাহা হইলে পেয়ারার জেলী বিবিধ ফলাদির “জ্যাম্” ব্যবস্থা করা যায়। সপ্তাহে একবার করিয়া রোগীর দৈহিক ওজন গ্রহণ করা কর্তব্য। পথ্যাদি পুটিকর ও লঘুপাচ্য হওয়া উচিত এবং এরূপ ভাবে খাইতে দিতে হইবে যাহাতে রোগীর দৈহিক ওজন প্রতি সপ্তাহেই ২১ পাউণ্ড করিয়া

বৃদ্ধি পায়। প্রথম হইতেই তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখা উচিত—বহির্ভা-
রোগীর পাকাশয়ে অতিরিক্ত অম্লরস নিঃসৃত না হয়।

ঔষধীয় চিকিৎসার্থ ডাঃ সিনি (Dr. Bertram. W. Sippy) নিম্নলিখিত ব্যবস্থা অনুমোদন করেন।

১। Re.

ম্যাগ কার্ব (লাইট) ... ১০ গ্রেণ।

সোড বাইকার্ব ... ১০ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। দুইটা প্রধান
আহারের মধ্যবর্তীকালে প্রতিমাত্রা ২ ঘণ্টাস্থর সেবা।
এই সঙ্গে—

২। Re

ক্যালশিয়াম কার্ব ... ১০ গ্রেণ।

সোড বাইকার্ব ... ৩০ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। ইতিপূর্বেই
দুগ্ধ ও নবনী প্রতি ঘণ্টায় সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া হইয়াছে,
সুতরাং ১নং পুরিয়ার সহিত দুগ্ধ পর্যায়ক্রমে এবং ২নং
পুরিয়াটা ইহার মধ্যবর্তী সময়ে অনুপর্যায়ক্রমে ব্যবস্থা
করা কর্তব্য—বাহাতে সন্ধ্যার পূর্বেই (শেষ
পথ্য দিবার) অন্ততঃপক্ষে ৫ বার উক্ত পুরিয়া সেবন
করান যায়।

লেথকের অভিমত :—আমি যে কতিপয়
রোগীর চিকিৎসা করিয়াছি, তাহাদের কেবল শীতল দুগ্ধ
(বরফের মধ্যে দুগ্ধের বোতল রাখিয়া শীতল করা হয়)
ব্যবস্থা করিয়া অতি সুন্দর ফল পাইয়াছি। কিন্তু হরলিঙ্গ
মল্টেড মিক প্রস্তুত করতঃ বরফের মধ্যে রাখিয়া শীতল
করতঃ, প্রতি ঘণ্টায় এই শীতল পথ্য ব্যবস্থা করিয়া
সর্বাপেক্ষা উৎকৃষ্ট ফল লাভ করিয়াছি। দুগ্ধে অনেক
সময়ে বিবিধ জীবাণু বর্তমান থাকায়, এক পীড়া আরোগ্য
করিতে গিয়া অল্প পীড়ার সৃষ্টি হয়, আবার কখনও বা
খাটা দুগ্ধ পাওয়াও যায় না। কোন কোনও স্থানে
অত্যধিক উত্তাপে দুগ্ধের সমস্ত গুণ বা ভিটামিন বিনষ্ট
হওয়ার, আশাশূন্য উপকার পাওয়া যায় না। হরলিঙ্গ
মল্টেড মিক ব্যবহারে সকল সমস্যার সমাধান হয়। কারণ,

ইহাতে উপযুক্ত পরিমাণে মাখন ও নগ্নীর অংশ, ভিটামিন
ও ক্যালশিয়ামের গুণ, আবশ্যকীয় পরিমাণে খেতসার,
এবং দুগ্ধ-শর্করা বর্তমান আছে। ইহা বিত্ত ও আধুনিক
বৈজ্ঞানিক প্রণালীতে প্রস্তুত হওয়ার ও হস্ত দ্বারা স্পৃষ্ট না
হওয়ার সর্বপ্রকার জীবাণুবর্জিত এবং বিশোধিত বোতল
মধ্যে রক্ষিত বলিয়া কোনওরূপ জীবাণুদ্বারা সংক্রমিত
হইবার সম্ভাবনা নাই। পাকাশয়ের ক্ষতের সর্বপ্রকার
অবস্থায় ইহা ব্যবহার করা যায় এবং এই রোগে আবশ্যকীয়
সর্বপ্রকার পথ্যাদির গুণই, এই একটীমাত্র পথ্যে বর্তমান
আছে। আমার মতে এই পথ্যই বিশেষ উপযুক্ত।

প্রযোজ্য ঔষধ সমূহ :—পাকাশয়ের ক্ষত

পীড়ায় বহুসংখ্যক ঔষধের অনুমোদন দেখা যায়। ইহাদের
মধ্যে নিম্নলিখিত কয়েকটা ঔষধ প্রকৃত উপকারী বলিয়া
বহু বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক অভিহিত প্রকাশ করিয়াছেন।

(১) বিসমাথ সাবনাইট্রেট (Bismuth
Subnitrate) :—অতি দীর্ঘকাল হইতেই এই পীড়ার
বিসমাথ সাবনাইট্রেট বিশেষ উপকারী বলিয়া বিবেচিত
হইয়া আসিতেছে। ডাক্তার এ্যারোন (Dr. Aaron)
বিসমাথ সাবনাইট্রেটের সমূহ প্রশংসা করিয়া থাকেন।
তরুণ পীড়ায় এবং ক্ষত অত্যন্ত গভীর না হইলে, ইহার দ্বারা
অতি সুন্দর ফললাভ করা যায়। তবে সাধারণতঃ বিসমাথ
সাবনাইট্রেট যে মাত্রায় ব্যবস্থা করা হয়, তাহা অপেক্ষা
অনেক অধিক মাত্রায় ব্যবহার করা কর্তব্য। বিত্ত
বিসমাথ সাবনাইট্রেট অথবা বিসমাথ কার্বনেট, ১ চা চামচ
মাত্রায় (আনুমানিক ৬০ গ্রেণ) দিবসে ৪—৬ বার
করিয়া কয়েক দিবস পর্যন্ত নিরাপদে সেবন করিতে দেওয়া
যায় এবং অর্দ্ধ চা-চামচ মাত্রায় (আনুমানিক ৩০ গ্রেণ)
কয়েক সপ্তাহ বা ২১১ মাস পর্যন্ত নির্বিঘ্নে ব্যবস্থা করা
যাইতে পারে। ইহাতে কোনওরূপ অপকার বা দুষ্টিনা
হইতে দেখা যায় নাই।

পূর্বাঙ্গিক আহারের অর্দ্ধ বা এক ঘণ্টা পূর্বে ১ চা চামচ
(প্রায় ৬০ গ্রেণ) বিসমাথ সাবনাইট্রেট ১টা গ্লাসের

এক তৃতীয়াংশ জলে দ্রব করিয়া পান করিলে এবং আহায়ে পর তুচ্ছ এবং জীর্ণ হইবার সময়ে 'সিরিয়াম অক্সালেট' (Serium Oxalate) এবং ম্যাগ কার্ক, উক্ত বিসমাধ দ্রব সহ পান করিতে দিলে অতি দ্রুত উপকার দর্শায়। নিরলিখিত ঔষধটী দুইটা পথের মধ্যবর্তী সময়ে সেবন করিতে দিলে, পাকায়ণে অগ্নরস নিঃসরণ নিবারিত হয় এবং কতের উপর একটি পক্ষার মূর্তি হইয়া সমস্ত কৃত আরোগ্য হইতে সাহায্য করে। বধা :—

(১) Re.

সিরিয়াম অক্সালেট	...	১ ভাগ।
বিসমাধ কার্কনেট	...	২ ভাগ।
ম্যাগ কার্ক	...	৪ ভাগ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ইহার ১৮-২৫ পরিমাণ (প্রায় ৬০ গ্রেণ মাত্রায়) একটি গ্যাসের এক চতুর্থাংশ বা এক-তৃতীয়াংশ জলে দ্রব করতঃ পান করিতে দিবে।

এই ব্যবহার ম্যাগ কার্ক থাকায় উহা সাধারণতঃ বিরেচন ক্রিয়া প্রকাশ করে, সুতরাং ইহার সহিত ক্যালশিয়াম কার্কনেট মিশ্রিত করিয়া লওয়া উচিত। ইহাতে যে পরিমাণ বিসমাধ আছে, ঠিক সেই পরিমাণে ক্যালশিয়াম কার্কনেট মিশ্রিত করিলেই চলিবে। এতৎসহ সোডা বাইকার্ক মিশ্রিত করিলেও চলিতে পারে। রোগী যদি ম্যাগ কার্ক সহ্য করিতে অক্ষম হয় অর্থাৎ ইহাতে যদি রোগীর বিরেচন ক্রিয়া অধিক প্রকাশ পায়, তাহা হইলে ম্যাগ কার্কের পরিবর্তে ক্যালশিয়াম কার্কনেট এবং বিসমাধের মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া দেওয়া কর্তব্য। ম্যাগ কার্ক বন্ধ করিয়া দিবার পর রোগীর অগ্নাধিক্য হইলে, অল্প কোনও কার ঔষধের ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এতদ্ব্যতীত সোডা বাইকার্ক বন্ধ নহে। ইহাতে সমস্ত উপশম হইলেও, ইহার ক্রিয়া ক্যালশিয়াম কার্কনেট ও ম্যাগ কার্কের মত স্থায়ী নহে। সোডা বাইকার্ক ব্যবহার করিতে হইলে অল্প মাত্রায় পুনঃ পুনঃ ব্যবহার করাই ভাল এবং এতৎসহ বিসমাধ মিশ্রিত করিয়া লইলে আরও ভাল হয়। সোডা বাইকার্ক পানও অনেক সময়ে অগ্নাধিক্যের উপকার হইয়া

থাকে। প্রত্যহ আহায়ে কচি ডালের জল পান বিশেষ উপকারী।

(২) কেওলিন (Kaolin) :— গ্যাস্ট্রিক আলসারে সম্প্রতি কেওলিন একটি ভাল ঔষধ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে। ইহা সোডার সহিত একত্রে মিশ্রিত করতঃ সেবন করিতে দেওয়া যায়। আবশ্যকবোধে ইহা সোডা, বিসমাধ এবং ম্যাগ কার্কের সহিত একত্রে দেওয়া যাইতে পারে। অথবা কেওলিন ৪৫ গ্রেণ মাত্রায় চক্কের সহিত উত্তমরূপে মিশ্রিত করতঃ কিম্বা জলের সহিত মিশাইয়া পান করিতে দেওয়া যায়।

(৩) বেলেডোনা (Belladonna) :—

পাকায়ণের পাচকরস নিঃসরণ (Gastric secretion) হ্রাস ক্রিয়ার উদ্দেশ্যে এবং পাইলোরিক রন্ধুর আক্কেপ (Pylospasm) নিবারণার্থ বেলেডোনা, অথবা এট্রোপিন ব্যবহার করা যায় এবং ইহাতে উপকার হইতে দেখা গিয়াছে। তবে ইহাতে সর্বত্র সমান ফল পাওয়া যায় না। কখনও বা বেশ স্পষ্ট উপকার দেখা যায়, আবার কখনও বা আসে কোনও ফল বৃদ্ধিতে পারা যায় না।

কতের ভরণ অবস্থা অভিযান্ত্রিক হইবার পর এবং রক্তস্রাবের কোনও লক্ষণ বর্তমান না থাকিলে অগ্নাধিক্য ও পাকরস নিঃসরণ রহিত করণার্থ বেলেডোনা সহ ব্রোমাইড ব্যবস্থা করিলে উপকার পাওয়া যায়। কেহ কেহ আবার পাইলোরিক রন্ধুর আক্কেপ দমনার্থ প্যাপেভারিন (Papaverine) সেবনের ব্যবস্থা করেন।

৪ স্থানিক চৈতন্তহারক ঔষধ (Local anesthetics) :— বেদনা ও আক্কেপ দমনার্থ স্থানিক চৈতন্তহারক, বধা—কোকেইন, ক্লোরিটোন এবং এনেস্থেসিন প্রভৃতি ঔষধ ব্যবহারে দ্রুত আশা করা যায়। এতৎসহ আবশ্যকবোধে বিসমাধ ব্যবহার করা যাইতে পারে।

(৫) হাইড্রোজেন পারক্সাইড (Hydrogen Peroxide) :—ডাক্তার জন্ মুসার (Dr. John Musser) বহুদিন পূর্বে লিখিয়া গিয়াছেন যে, গ্যাট্রিক আল্‌সারে পাকাক্ষয়ের অত্যধিক অম্লরস নিঃসরণ দমনার্থ হাইড্রোজেন পারক্সাইড সেবন করিতে দিলে আশাভরূপ উপকার পাওয়া যায়। বিত্তহীন হাইড্রোজেন পারক্সাইড ১ ড্রাম মাত্রায় দিবসে ২।৩ বার সেবন করিতে দিতে হয়। ইহাতে অম্লরস নিঃসরণ স্থগিত হইয়া যায়। ডাক্তার মুসার আরও বলেন যে, গ্যাট্রিক আল্‌সারে ক্রিম (ছথের সর বা নবনী) অতি ক্ষুদ্র ঔষধ ও পথ্য।

(৬) ভেসেলিন বা লিকুইড পেট্রোলিয়াম (Vaseline or Liquid Petrolatum) :—পাকাক্ষয়ের ক্ষতরোগে, ক্ষতের বন্ধনা উপশম উদ্দেশ্যে বিশোধিত ভেসেলিন বা প্যারাফিন লিকুইড বিশেষ ফলপ্রসূ।

(৭) সুপ্রারেনাল এক্সট্রাক্ট (Suprarenal Extract) :—সামান্য রক্তস্রাবে সুপ্রারেনাল এক্সট্রাক্ট ০.০৬ গ্রাম (০.৯২৫৮ গ্রেণ) মাত্রায় বিস্ফাণুসহ উত্তমরূপে মাড়িয়া ক্যাপসুল মধ্যে করিয়া থাইতে দিলে ক্ষুদ্র ফল পাওয়া যায়।

(৮) সিলভার নাইট্রেট (Silver nitrate) :—সিলভার নাইট্রেট (আর্জেন্টাই নাইট্রেট) ০.০১৫ গ্রাম মাত্রায় ৪ ঘণ্টাস্তর কতিপয় দিবস পর্যন্ত সেবন করিতে দিলেও উপকার পাওয়া যায়।

(৯) রেসরসিন (Resorcin) :—রেসরসিন ০.০৬ গ্রাম মাত্রায় এবং ইকুইল ০.২০ হইতে ০.৩০ গ্রাম (০.০৮৬ - ৪.৬২ গ্রেণ) মাত্রায় ক্যাপসুল মধ্যে করিয়া সেবন করিতে দিলে ইপিথিমিয়াল টিস্যুসমূহের উত্তেজনা উপস্থিত করতঃ ক্ষতরোগের বিশেষ সাহায্য করে।

এই সকল ঔষধ দ্বারা সকল ক্ষেত্রে সমান ফল পাওয়া যায় না সত্য, কিন্তু ইহারা পাকাক্ষয়ের ক্ষতরোগের

সম্পূর্ণ নিরামগ ও প্রাথমিক ঔষধ। ঔষধীয় চিকিৎসা-ক্ষেত্রে এই সকল ঔষধ সর্বপ্রথমে ব্যবহার করিয়া দেখা উচিত। পথ্যদ্বারা চিকিৎসা, বিশ্রাম, ক্ষার এবং বিস্ফাণু-ধতিত ঔষধাদির দ্বারা আশাভরূপ উপকার পাওয়া না গেলে, অস্ত্রচিকিৎসার সাহায্য গ্রহণ করিতে হইবে। তবে অস্ত্রোপচারের পূর্বে বিবিধ প্রকার ঔষধীয় ও পথ্য চিকিৎসা সর্বেশেষরূপে পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্তব্য। উপযুক্ত সময় পর্যন্ত চিকিৎসা করিয়াও আশাভরূপ ফল না পাওয়া গেলে, অস্ত্রচিকিৎসার ব্যবস্থা করা কর্তব্য। তবে অস্ত্র চিকিৎসার পরিণাম প্রায়ই শুভকর হয় না।

বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকগণের অভিমত :—এই পীড়ার চিকিৎসার্থ বহু বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক বিভিন্ন প্রকার অভিমত করিয়াছেন। এখানে ২।২ জনের সারবান মন্তব্য উদ্ধৃত হইল।

(১) ডাঃ সিপি—(Dr. Sippy) বলেন—যে সকল রোগীর দৈহিক ওজন স্পষ্ট হ্রাস দৃষ্ট হইয়া থাকে ও তদসহ ভুক্তভ্রব্যাদির পরিপাক গোলবোগ বর্তমান থাকে এবং এইসঙ্গে স্পষ্ট বেদনা বা রক্তস্রাব বর্তমান থাকিলে, রোগীকে কয়েক সপ্তাহ পর্যন্ত শয্যায় বিশ্রাম গ্রহণ করিতে উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। সাধারণ প্রকৃতির রোগীকে পথ্যাদি সম্বন্ধে তালিকা করিয়া দিবে এবং নিয়মমত ঔষধাদি সেবন করিতে বলিবে। সাহারান্তে অন্ততঃ ১ ঘণ্টা কাল বিশ্রাম করিতে উপদেশ দিবে। তিন্ন তিন্ন পথ্য তিন্ন তিন্ন রোগীতে সহ হইতে দেখা যায়। কোন কোনও রোগীকে মাংসবিহীন লঘুপাচ্য পথ্য দিলে বেশ সহ হয় আবার কোন কোনও রোগী দুগ্ধ, মাছ, ভেড়া বা পাঠার মাংস বেশ সহ করিতে পারে।

(২) ডাঃ মুলার—ডাক্তার মুলার (Dr. Friedrich Muller) বলেন যে, এই পীড়ার অধিক চর্কিবৃত্ত মাংস, ঘন সুপ, হংস মাংস, পাঠার মস্তিক ইত্যাদি নিষিদ্ধ।

তবে প্রচুর পরিমাণে চুনের সর নবনী ও মাখন উপকারী। ইহাতে বেদনার উপশম হয়।

বেদনা নিবারণার্থ সিলভার নাইট্রেট ০.২ গ্রাম, ১৫০ সি, সি, পরিস্রুত জলে দ্রব করতঃ, ১ ড্রাম মাত্রায়, আহ্বারের পূর্বে ৩ সপ্তাহ কাল পর্যন্ত সেবন করাইলে বিশেষ উপকার হয়। এতদন্থ বিস্মাথ সাবনাইট্রেট বা বিস্মাথ কার্বনেট ৬০ গ্রেণ মাত্রায় জলে দ্রব করতঃ আহ্বারের পূর্বে সেবন করিতে দিলে অফল হইয়া থাকে। বেদনা নিবারণার্থ এট্রোপিনের অল্পতম প্রয়োগরূপ ইউমিড্রিন্ (Eumydrin) ০.০০২ গ্রাম মাত্রায় দ্রবরূপে বা বটীভাৱে দিনে দুইবার সেবনের ব্যবস্থা করিলে উপকার পাওয়া যায়। এতদর্থে প্যাপেভারিন্ ০.০৩ বা ০৪ গ্রাম মাত্রায় দিবসে দুইবার সেবনের ব্যবস্থা করিলে বেশ উপকার পাওয়া যায়।

(৩) ডাঃ ফ্রেড্রিক (Dr. L. Von Friedrich) :—পাচক রসের অগ্নাধিক্য নিবারণ জন্ত ডাঃ ফ্রেড্রিক স্কোচক ঔষধ কার এবং বেলোডোনা উপকারী বলেন। স্কোচক ঔষধ ব্যবহারের উদ্দেশ্য এই যে, ইহাতে পাকাশয়ের পেপসিন্ শোষিত হইয়া যায় এবং কার ঔষধ ব্যবহারে—অন্নরস নিঃসরণ দমিত হয়।

(৪) ডাঃ স্ক্রাইভার (Dr. J. Schryver) :—ডাক্তার স্ক্রাইভার এই পীড়ার চুখ পথের বিশেষ প্রণালী করেন। ইতি চুখকে একাধারে ঔষধ ও পথ্য মনে করেন। এতদন্থ ইনি মাখন ও নবনী খাইতেও উপদেশ দেন।

ডাঃ স্ক্রাইভার বলেন—এই পীড়ার উৎকৃষ্ট চিকিৎসা হইতেছে—বিগুড টাটকা চুখ পান। ষ্টমাক্ টাউবের সাহায্যে ২০ সি, সি, বিগুড চুখ কোঁটা কোঁটা করিয়া দিতে হইবে। এই প্রণালীতে দুই সপ্তাহের চুখ পান কষ্ট হইবে। ইহা দুই সপ্তাহ কাল পর্যন্ত ব্যবহৃত

অগ্নাধিক্য নিবারণার্থ এবং মুহু বিরচন ক্রিয়ার জন্ত “মিক্ অব্ ম্যাগ্নেসিয়া” খুব উপযোগী। বিস্মাথ, ক্রিটা প্রীপারেটা এবং সিরিয়াম্ অক্সালেট সেবনে পাকাশয়ের বিদীর্ণতা—নিবারিত হয়। ষ্টমাক্ টাউব্ দ্বারা পথ্য বন্ধ করিয়া দিবার পর—চুখ, অণ্ড, আটা, ওটমিল সূজি বা অন্ন, পাংলা রুটী, মাখন, পুডিং, অমের বা কাটারী ভোগ চিড়ার পায়স, সাগুর পায়স ইত্যাদি অন্ন পরিমাণে ব্যবস্থা করা যায়। চিকিৎসারন্তের প্রায় ৪ সপ্তাহ পরে—রোগীর অবস্থার হিতপরিবর্তন হইলে—ক্রমশঃ তরিতরকারী, আলুসিক, কচি মুগীর খোল, পাঠার মাংস খণ্ড-খণ্ড করিয়া তাহার খোল, টাটকা ও জীবিত মংস্ত ইত্যাদির ব্যবস্থা করিবে।

লেখকেন্দ্র অভিযন্ত :—এ রোগের চিকিৎসার্থ সর্বপ্রকারে পাকাশয়ের সম্পূর্ণ বিশ্রাম আবশ্যক। অশস্ত ও ছুপাচ্য দ্রব্য এবং উত্তেজক পদার্থ এককালে নিক্কি। কেহ কেহ চুখ, অণ্ড ও কোমল খেতসার সংযুক্ত পথ্য নির্কিয়ে গ্রহণ করিতে পারে, কিন্তু মাংসের যুস্ উহাদের সহ হয় না আবার কেহ বা মাংসের যুস্ সহ করিতে পারে, কিন্তু চুখাদি আদৌ সহ করিতে পারে না। আবার এক প্রকার রোগী আছে—বাহাদের উদরে কিছুই সহ হয় না বা কিছু আহার করিলেই অত্যন্ত ব্যতনা উপস্থিত হয়। এই সমস্ত অবস্থার প্রতি লক্ষ্য রাখিয়া পথ্যাদির ব্যবস্থা করিবে। রোগীর দৈহিক পুষ্টির নিত্য আবশ্যক। বাহাদের পাকাশয়ে কোনও পথ্যই সহ হয় না, তাহাদের পক্ষে সরলান্ন পথে পিচ্কারী দ্বারা পথ্য প্রয়োগ করা উচিত সরলান্নপথে—পিচ্কারী জন্ত সমভাবে বীকটা, চুখ ৪—৬ আউন্স, দ্রবচুখ করিয়া—১ ড্রাম লাইকর প্যাংক্রিয়েটিন সহ মিশ্রিত করতঃ ব্যবহার্য। সাতিশয় দোর্দল্য বর্তমান থাকিলে উক্ত মিশ্র সহ কাঁচা অণ্ড এবং আবশ্যক বোধে উহার সহিত কিকিত ত্রাণ্ডী মিশাইয়া লওয়া যায়। চুখ, জীবিত মংস্তের খোল, মুহুর ডালের জরুরা ইত্যাদিও পিচ্কারী দ্বারা প্রয়োগ করা যায়। সাধারণতঃ সরলান্নপথে

৪—৬ আউন্স পরিমাণ পথ্য প্রতিবারে—৩৪ ঘণ্টান্তর
প্রয়োগ করা যায়। নিয়মিতভাবে কিছুদিন সরলান্ত্রপথে
পথ্য প্রয়োগ করিতে হইলে, প্রত্যহ সাবান জলের এনিমা
দ্বারা সরলান্ত্র পরিষ্কার করিয়া লওয়া উচিত। সরলান্ত্র
মধ্যে প্রয়োজিত পথ্য বাহাতে নির্গত হইয়া না আসে,
তদুদ্দেশ্যে এই পথ্যের সহিত কয়েক কোঁটা টাং ওপিরাই
মিশাইয়া লইতে পারা যায়।

পাকাশয়ের ক্ষতের কতিপয় ফলপ্রদ ব্যবস্থাপত্র

১। Re.

বিস্মাথ কার্ব	...	২০ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
টাং বেলেডোনা	...	১ মিনিম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ জলের সঙ্গে দিবসে ৩ বার
সেব্য।

২। Re.

পটাশ বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
পটাশ আয়োডাইড	...	৩ গ্রেণ।
এসিড্ হাইড্রোসিয়ানিক্ ডিল্	...	১ মিনিম।
ইন্ফিউসন্ জেন্সিষ্টান্	...	১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। দিবসে তিনবার সেব্য।

পাকাশয়ের ক্যাটার বর্তমানে ইহা বিশেষ উপকারী।

পাকাশয়ের শূলবেদনায় অধঃস্থচিক ইঞ্জেকসনরূপে মর্ফিয়া
প্রয়োগ করিলে সুন্দর ফল পাওয়া যায়।

রক্তবমন বর্তমানে -

৩। Re.

কেরি সালফ	...	৫ গ্রেণ।
ম্যাগ্‌সাল্ফ	...	১ ড্রাম।
এসিড সাল্ফ ডিল্	...	১০ মিনিম।
একোরা যেছপি	...	এড ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। দিবসে ১ বার
সেব্য।

১৯৩৪—৫

৪। Re

এসিড্ ট্যানিক্	...	১২ গ্রেণ।
পাল্ড ওপিরাই	...	২ গ্রেণ।
স্টাকারাম্ ল্যাক্টাস্	...	১ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ৬টা পুরিয়ার বিভক্ত করিয়া
প্রতিমাত্রা দুই ঘণ্টান্তর ব্যবহৃত হয়।

রক্তবমন নিবারণার্থ রোগীকে শান্তভাবে শয্যাগ্রহণ
করিতে উপদেশ দিবেম। সরলান্ত্রপথে পথ্য প্রয়োগ
এবং পাকাশয় প্রদেশে বরফের চাপ বা অল্প কৌমিল্লপে
শৈত্য প্রয়োগ করিতে হইবে।

৫। আগটীন্ সাইট্রাস্ :—ইহার ১/১০০—: /৩০
গ্রেণের ১টা ট্যাবলেট বিশোধিত পরিষ্কৃত জলে দ্রব
করিয়া অধঃস্থচিক ইঞ্জেকসন দিলে রক্তবমন নিবারিত
হয়।

৬। এড্রিমালিন :—রক্তবমন ও রক্তভেদ
নিবারণার্থ এড্রিমালিন্ ক্লোরাইড্, হিমোমাটিন্ সিরাস্,
পিটুইট্রিন ইত্যাদি ইঞ্জেকসন; ক্যালসিয়াম্ ক্লোরাইড্,
টাংপেন্টাইন্ ইত্যাদি ঔষধ সেবন উপকারী।

পাকাশয়ে বেদনা ও বিবমিষা বর্তমান থাকিলে
নিম্নলিখিত ব্যবস্থা ফলপ্রদ হইয়া থাকে।

৭। Re.

বিস্মাথ্ সাব্‌নাইট্রেট্	...	২০ গ্রেণ।
পাল্ড ট্র্যাগাকান্ কোঃ	...	৫ গ্রেণ।
এসিড্ হাইড্রোসিয়ানিক্ ডিল্	...	৩ মিনিম।
একোরা	...	এড ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

অত্যধিক কোষ্ঠকাঠিন্য থাকিলে—

৮। Re.

হাইড্রাজ্ সাব্‌ক্লোর	...	৫ গ্রেণ।
স্টাকঃ লাক্	...	৩ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। একমাত্রা সেবনের
দুই ঘণ্টা পরে অল্প পরিমাণে লাবণক বিরোধক ব্যবহৃত হয়।

৯। Re.

বিস্ফাধ কার্ক	...	১০ গ্রেণ।
ম্যাগ কার্ক	...	১০ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্ক	...	৫ গ্রেণ।
মিউসিলেজ ট্রাগাকাহ	...	১ ড্রাম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। আহারের কয়েক মিনিট পূর্বে প্রত্যহ ৩ বার সেব্য। ইহা কতাপরি আবরক হইয়া, কৃত্ত গুরুতর সহায়তা করিতে উপকারী।

কেহ কেহ এই রোগে রক্তাক্ততা ও পাকাশের বিকারের চিকিৎসার্থ অন্ন মাত্রায় আর্সেনিক ব্যবহারের উপদেশ দেন।

কোনও কোনও চিকিৎসক এই পীড়ায় পারক্লোরাইড অব মার্কারী ১/১০০—১/৬০ গ্রেণ মাত্রায় আহারের পূর্বে ব্যবহা করেন।

বেদনা ও বমন নিবারণার্থ নিম্নলিখিত বটিকা বেশ উপকারী।

১০। Re.

সিল্ডার অক্সাইড	...	১/২ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট হায়োসায়ামাস	...	১/২ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১টা বটিকা। আহারের পূর্বে প্রত্যহ ২৩ বার সেব্য।

রক্তাব নিবারণার্থ ডাঃ রিডার ৫—১০ ফেঁটা মাত্রায় ট্যুপেন্টাইন পুনঃ পুনঃ প্রয়োগের উপদেশ দেন।

ডাক্তার হাইট্‌লা এই পীড়ায় নিম্নলিখিত ঔষধের ব্যবহা দেন।

১১। Re.

বিস্ফাধ কার্ক	...	২ ড্রাম।
এসিড্ হাইড্রোসিয়ানিক্ ডিল্	...	১ ড্রাম।
লাইট্ মার্কার্‌ইন্ হাইড্রোক্লোর	...	১ ড্রাম।
মিউসিলেজ একেশিয়া	...	৬ ড্রাম।

একোয়া ক্লোরোকর্ম এড ২ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ১ চা-চামচ (১ ড্রাম) মাত্রায় তিন বার সেব্য।

অলিভ অয়েল ৪—প্রথমতঃ ইহা ২ চা-চামচ মাত্রায় আরম্ভ করিয়া ক্রমশঃ ১—২ আউন্স পর্যন্ত প্রতিবারে দেওয়া যায়। ইহা একটা উৎকৃষ্ট পুষ্টিকর পথ্য ও ঔষধ।

ডাক্তার কন্‌হিন্ পাকাশয়ের কতরোগে অলিভ অয়েলের সর্বেশেষ প্রশংসা করেন। ইনি বলেন—ইহা ব্যবহারে বেদনার উপশম হয়, কতের কেন্দ্র তৈলাক্ত থাকে, অন্নরস নিঃসরণ হ্রাস পায় এবং ভুক্ত পদার্থের জীর্ণ হইবার বিশেষ সাহায্য করে।

কিন্তু এই অলিভ অয়েল সম্পূর্ণ বিগুহ হওয়া চাই। নচেৎ আশাশ্রুত ফল পাওয়া যায় না। এতদর্থ মট'নের বিগুহ অলিভ অয়েল সর্কশ্রেষ্ঠ।

বেদনার সময়ে ১ চা-চামচ সোডা বাইকার্ক ১ গ্লাস জলে দ্রব করতঃ, বেদনার উপশম না হওয়া পর্যন্ত ধীরে পান করিলে সুন্দর ফল পাওয়া যায়। অনেকে আবার এই সোডা বাইকার্ক সাধারণ জলে দ্রব না করিয়া চুণের জলে দ্রব করতঃ পান করিতে উপদেশ দেন। জলে সোডা বাইকার্ক দ্রব করতঃ পান করিলে, পাকাশয়ের বিধানসমূহ কোমলতা প্রাপ্ত হইয়া রক্তাব হইবার সহায়তা হইতে পারে, কিন্তু চুণের জলসহ মিশ্রিত করতঃ প্রয়োগে তাহার আশঙ্কা থাকে না।

১২। Re.

স্পিরিট মেথম্পি	...	১ ১/২ ড্রাম।
ক্রিটা প্রিশারেটা	...	১/২ ড্রাম।
ম্যাগ কার্ক (লাইট)	...	১ ড্রাম।
সোডা বাইকার্ক	...	১ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ইহার ১ চা-চামচ পরিমাণ, অর্ধ গ্লাস পরিমাণ জলে দ্রব করতঃ—বেদনার উপশম না হওয়া পর্যন্ত ধীরে ধীরে সেব্য।

১৩। Re.

আর্জেন্টাই নাইট্রাস	...	৫ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট হায়োসায়ামাস	...	১০ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ২০টা বটিকা প্রস্তুত করিয়া

আহারের ১ ঘণ্টা পূর্বে একটা করিয়া বটাকা সেব্য।
পাকাশয়ের ক্যান্সার রোগে ইহা বিশেষ উপকারী।

১৪। Re.

বিসমাথ্ সাব্‌নাইট্রাস্ ... ২ ড্রাম।

মফাইইন্‌ সাল্‌ফ্ ... ৪ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১২টী পুরিয়ায় বিভক্ত করিয়া।
প্রত্যহ ৩ বার—বেদনা নিবারণার্থ সেব্য।

১৫। Re.

ক্লোরিটোন্‌ ... ২ ড্রাম।

৩০টী ক্যাপ্সুল্‌ প্রস্তুত করিয়া—বেদনাকালীন সেবনে
আন্তঃ বেদনার উপশম হয়।

১৬। Re.

অয়েল্‌ টেরিবিছ্ ... ২ ড্রাম।

১২টী ক্যাপ্সুলে পূর্ণ করতঃ (প্রতি ক্যাপ্সুলে

১০ বিন্‌) ৬ ঘণ্টান্তর ১টী করিয়া ক্যাপ্সুল্‌ ব্যবস্থেয়।
রক্তস্রাব নিবারণার্থ ইহা উপযোগী।

১৭। Re.

ফেনল্‌ (কার্বলিক্‌ এসিড্‌ সলিড্‌) ২০ গ্রেণ।

বিসমাথ্ সাব্‌নাইট্রাস্ ... ১ অউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ২৪টী পুরিয়া প্রস্তুত করিয়া,
প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

পুস্তাক্তন ক্ষতঃ—পুস্তাক্তন ক্ষতের চিকিৎসা—

তরুণ ক্ষতেরই অল্পরূপ; তবে পাকাশয়ের বিকীর্ণতায়
অনতিবিলম্বে অল্প চিকিৎসার সাহায্য গ্রহণ করা কর্তব্য।

পুস্তাক্তন ক্ষত গভীর এবং ঔষধীয় চিকিৎসায় কোনও
ফল না হইলে অনতিবিলম্বেই অস্ত্রোপচার করা সঙ্গত।



দন্তরোগ - Teeth Affections.

লেখক-ডাঃ ত্রিনিদাদচন্দ্র চট্টোপাধ্যায় M. B.

কলিকাতা।

— :: —

জীবনে দাঁতের যত্ননা সহ করেন নাই, পৃথিবীতে বোধ হয় এমন লোক একজনও নাই। দন্তে নানা প্রকার রোগ হয়। দন্তক্ষয় হয়, দন্তে কীটপু জন্মে, দাঁতের মাড়ী ফুলে, দাঁতে ব্যথা হয়, দাঁত নড়ে, মুখে চর্গন্ধ হয়।

সাধারণতঃ লোকের বিশ্বাস—খাওয়ার দোষে দন্তক্ষয় হয়। বস্তুতঃ খাওয়ার দোষে দন্তক্ষয় হয়—বিশেষতঃ, শিশুদের দন্তের আরও নানা রোগ হয়। খাওয়ার ত্রুটির জন্য শিশুর দন্ত সম্যক পুষ্টিলাভও করিতে পারে না। সাধারণের এই বিশ্বাস ভ্রান্ত নহে। বিজ্ঞানও এই সাধারণ বিশ্বাসের সমর্থন করে। সম্প্রতি এ সম্বন্ধে বৈজ্ঞানিকভাবে যে সকল পরীক্ষা হইয়াছে, তৎসম্বন্ধে 'নেচার' নামক বৈজ্ঞানিক পত্রে সেই সকল বিষয় প্রকাশিত হইয়াছে। এই সকল বৈজ্ঞানিক আলোচনা ও পরীক্ষার সারমর্ম অল্প পাঠকগণের গোচরীভূত করিব।

অণুট ও ক্ষয়প্রাপ্ত দন্তের জন্য খাওয়া দায়ী। খাওয়া যদি যথোচিত পরিমাণে চূণ ও ভিটামিন না থাকে, তাহা হইলে দন্ত পুষ্টিলাভ করিতে পারে না এবং সহজেই উৎক্ষয়প্রাপ্ত হয়। 'নেচারে' প্রকাশিত বিবরণ হইতে দেখা যায় যে, খাওয়া তিন প্রকারে দন্তের ক্ষতি করিতে পারে।

প্রথম :-

(১) দাঁতের কঁকে কঁকে যে খাওয়া লগিয়া থাকে, তাহার রাসায়নিক পরিবর্তন হয়, অর্থাৎ তাহা পচে এবং তদ্বারা দাঁতের এনামেল ও অন্যান্য অংশ ক্ষতিগ্রস্ত হয়।

(২) খাওয়া মুখের লালার উপাদানের পরিবর্তন ঘটাইতে পারে। তাহাতে পরোক্ষভাবে দন্তের ক্ষতি হইতে পারে।

(৩) খাওয়া যেমন দেহের অন্যান্য অংশের গঠনের পরিবর্তন সাধন করিতে পারে, প্রত্যক্ষভাবে দন্তের গঠনেরও সেইরূপ পরিবর্তন সাধনে সমর্থ।

প্রথম দুই স্থলে দন্তের বাহ্যিক পরিবর্তন হয়। আর শেষোক্তটিতে দন্তের ও রসের পরিবর্তনের ফলে দন্তের অভ্যন্তরীণ পরিবর্তন ঘটয়া থাকে।

অনেক লোকেই বিশ্বাস করেন যে, কার্কো-হাইড্রেট-প্রধান খাওয়া দাঁতের কঁকে লগিয়া থাকিলে, তাহা পচিয়া দন্ত ক্ষয়প্রাপ্ত হয়। জে, সি, ওয়ালেস নামক এক জন বিশেষজ্ঞ বলেন যে, খাওয়া আপনা আপনি দন্ত পরিষ্কার করিয়া দেয়। কারণ, খাওয়া চর্গন্ধকালে মুখে একপ্রকার রস বাহির হয়; তাহা দন্তসংলগ্ন তুচ্ছাবশিষ্ট খাওয়া দূর

করিয়া ফেলে। এইজন্ত খাদ্য উত্তমরূপে চর্ষণ করা আবশ্যিক। চর্ষণ করা দন্তের কার্য। দন্ত তাহার কার্য নিরমিত ভাবে সম্পাদন করিলে অর্থাৎ উত্তমরূপে খাদ্য চর্ষণ করিলে মুখের ভিতর রস বাহির হইয়া খাদ্যকে জীর্ণ করে এবং ইহাতে প্রাথমিক রাসায়নিক পরিবর্তন সম্পাদিত হয়। খাদ্য চর্ষণের ফল বহুমুখী। ইহাতে খাদ্য জীর্ণ হয় এবং দন্তের ও চোয়ালের সমুচিত ব্যায়াম হয়। খাদ্য উত্তমরূপে চর্ষণ না করা হইলে, খাদ্যকণা দন্তের ফাঁকে ও গায়ে লাগিয়া থাকিয়া উহা পচিয়া দন্তের সর্বনাশ সাধন এবং দন্তের গায়ে এক প্রকার প্রস্তরবৎ কঠিন পদার্থের (টার্টার) সৃষ্টি করে। কঠিন খাদ্য, মাংস প্রভৃতি চর্ষণ না করিলে গলাধঃকরণ করা যায় না। সেই জন্ত এই সকল খাদ্য দন্তের ততটা ক্ষতি করে না। কিন্তু মাংসকণা দাঁতের ফাঁকে আটকাইয়া থাকিলে, তাহা পচিয়া জীবাণুর সৃষ্টি করে। কোমল খাদ্য কার্কোহাইড্রেট বা খেতসারবহুল খাদ্য প্রায় চটুচটে হয়। ইহা সহজেই দাঁতের গায়ে আটকাইয়া কিম্বা দাঁতের ফাঁকে ঢুকিয়া থাকে, উহা সহজে বাহির হইতে চাহে না। এই সকল খাদ্য দাঁতে লাগিয়া থাকিলে এসিড জন্মে এবং এই এসিড দাঁতের এনামেল ক্ষয় করে। এই জন্ত খেতসারবহুল বা অত্যধিক চিনিবহুল মিষ্ট খাদ্য দন্তের পক্ষে অধিকতর অনিষ্টকর। কিন্তু অংগুবহুল (আঁশ) খাদ্য, বধা—ফলমূল, কাঁচা শাকসব্জি, মাছ, মাংস প্রভৃতি খাদ্যে দন্ত অনেকটা পরিকার থাকে। খাদ্যের গুণে মুখের লালার উৎপাদনভূত কিরূপ পরিবর্তন হয়, তাহা এখনও ভালরূপ জানা যায় নাই।

সাধারণভাবে এই কথা বলা যায় যে, দন্ত যদি সুপুষ্ট ও সুগঠিত দেখা যায়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, দেহের অঙ্গগুলিও সুপুষ্ট ও দৃঢ় এবং সবল। কারণ, দন্তের সহিত অঙ্গের অতি ঘনিষ্ট সম্বন্ধ—উভয়েরই প্রধান উপাদান চূর্ণ প্রভৃতি একই রকম পদার্থ। খাদ্যে চূর্ণ ও ফস্ফরাস যথেষ্ট পরিমাণে না থাকিলে কিম্বা উপযুক্ত অম্লপাতে না থাকিলে, দন্ত পূর্ণ পুষ্ট ও পরিণতি লাভ করিতে পারে না। ইহা নীচ

ইহার সহিত “ডি” ভিটামিনের অসম্ভাবকেও দন্তের অপরিণতির কারণ বলিয়া গণ্য করা হয়। সম্ভ্রান্তি যে, এ, মার্শাল নামক একজন বিশেষজ্ঞ কিন্তু কিছু ভিন্ন মত প্রকাশ করিয়াছেন। তিনি বলেন যে, তিনি কতকগুলি কুকুর-শাবককে সূর্য্যাকিরণে রাখিয়া তাহাদিগকে যথেষ্ট পরিমাণে ভিটামিনবহুল খাদ্য দিয়াছিলেন, কিন্তু চূর্ণ ও ফস্ফরাস যথেষ্ট পরিমাণে দেন নাই। তাহার ফলে তাহাদের দন্তের বিশেষ পরিবর্তন দেখা গিয়াছিল।

সম্ভবতঃ খাদ্যে “ডি” ভিটামিন কম পরিমাণে থাকিলে দন্তের পরিবর্তন হয়। খাদ্যে অল্প বস্তুর পরিমাণ যেমনই হউক না কেন, তাহাতে কিছুই বায় আসে না। গ্রিভস নামক একজন চিকিৎসক কতকগুলি ইন্দুরের উপর পরীক্ষা করিয়া তাহার ফলাফলের এইরূপ বর্ণনা করিয়াছেন যে, খাদ্যে কেবল চূর্ণের পরিমাণ কম থাকায় দন্তের তাদৃশ ক্ষতিবৃদ্ধি দেখা যায় নাই। কিন্তু চূর্ণ এবং রসায়নবর্গীয় ভিটামিন, এতদুভয়ের পরিমাণ কম, এরূপ খাদ্য দেওয়ার ইন্দুরগুলির দন্ত অত্যন্ত ক্ষয়প্রাপ্ত হইয়াছিল। ডাঃ মে, মেলানবী নামক জনৈক চিকিৎসক কতকগুলি কুকুরশাবকের উপর পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছিলেন যে, খাদ্যে রবিশস্ত্রের তারতম্য, রসায়নবর্গীয় ভিটামিনের অসম্ভাব এবং অণ্টা ডায়োলেট রশ্মিপ্রয়োগের তারতম্যে দন্তের গঠনের বিলক্ষণ পরিবর্তন ঘটে। খাদ্যে দন্তের ভাগ অধিক ও ভিটামিনের ভাগ অল্প থাকিলে দন্তের সর্বনাশ অবশ্যস্বাভাবিক। ইহা খুবই সম্ভব যে, খেতসারবহুল খাদ্য দাঁতের ফাঁকে পচিয়াই যে, কেবল দন্তের ক্ষয়সাধন করে, তাহা নহে; রসায়নবর্গীয় ভিটামিনের সহযোগে জীর্ণ ও শরীরে শোষিত হইবার পর খেতসারবহুল খাদ্য দন্তের গঠনোপাদানের পরিবর্তন ঘটাইয়া তাহাদের ক্ষয় সাধন করে।

খাদ্যখচিত পরীক্ষাগুলি প্রধানতঃ জীবজন্তুর উপর দিয়াই সম্পাদন করতঃ, তাহার ফলাফল লক্ষ্য ও লিপিবদ্ধ করা হয়। এই সকল পরীক্ষা যদি মানুষের উপর করা হইত, তাহা হইলেও ঠিক এরূপ ফল ফলিত কিনা, ইহাই

প্রধান বিবেচ্য এবং পরীক্ষাসাধ্য বিষয়। 'নেচার' পত্রের প্রবন্ধকার বলেন—“খাত্তের দোষেই যে, দস্ত কয়প্রাপ্ত হয় ; মাছুবের সম্বন্ধে তাহা এখনও বিশেষ ভাবে প্রতিপন্ন না হইলেও, খাত্ত নিয়ন্ত্রিত করা যেখানে সম্ভব হইয়াছে, সেখানে দেখা গিয়াছে যে, খাত্তের ভারতম্যের সহিত দস্তের কয়ের সম্বন্ধ আছে। একটা বিশালয়ের ত্রিশটি শিশু ছাত্রকে তিন দলে বিভক্ত করা হয়, প্রত্যেক দলকে সময়ে নির্ধারিত এক এক প্রকার খাত্ত প্রদান করার, তাহার ফল নিম্নলিখিতরূপ হইয়াছিল।

হাসপাতালে সাধারণতঃ বেরূপ খাত্তের ব্যবস্থা আছে, একদল শিশুকে সেইরূপ খাত্ত দেওয়া হয়। ইহার ফলে দেখা যায় যে, শতকরা ২৯ পরিমাণ শিশুর দস্ত কয়প্রাপ্ত হইয়াছে+ আর এক দলকে অন্ন দুগ্ধ দেওয়া হয়, মাখন আদৌ দেওয়া হয় না, কিন্তু বেশী পরিমাণে ওটমিল নামক খাত্ত দেওয়া হয়। ইহাদের দস্তকয়ের পরিমাণ শতকরা ৫১। তৃতীয় দলকে ওটমিল না দিয়া অধিক পরিমাণে দুগ্ধ দেওয়া হয়। ইহাদের মধ্যে শতকরা দস্তকয়ের পরিমাণ মাত্র ১৪ হইয়াছিল। ইহা হইতে প্রতিপন্ন হইতেছে যে, খাত্তের ভারতম্যের সহিত দস্তকয়ের নিগূঢ় সম্বন্ধ রহিয়াছে।

সম্প্রতি ডাঃ মে, মেলানবী দস্তের গঠন সম্বন্ধে একখানি গুরুত্বক প্রকাশ করিয়াছেন। তাহাতে তাহার অভিজ্ঞতা ও পরীক্ষার ফলাফল লিপিবদ্ধ হইয়াছে। ইহাতে দেখা যায় যে, খাত্তের ভারতম্যে দস্তের গঠনের ভারতম্য ঘটে। ১ হাজার দুধে দাঁত ও ২ শত ৫০টি স্থায়ী দস্ত পরীক্ষা করা হইয়াছিল। দুধে দাঁতের মধ্যে শতকরা ১৪ অংশ উত্তমরূপে চূর্ণযুক্ত দেখা গিয়াছিল ; শতকরা ২১ অংশ সামান্য চূর্ণযুক্ত ছিল, আর শতকরা ৬৫ অংশ নিশ্চিত নমনীয় ও ভঙ্গপ্রবণ ছিল। ভিন্ন ভিন্ন প্রকার দস্তের গঠনেরও ভারতম্য লক্ষ্য করা হইয়াছিল। আর স্থায়ী দস্তের পরীক্ষার ফলে দেখা যায়, তাহাদের একটিও বধোচিত পূর্ণ পরিণত ছিল না এবং শতকরা ৯২ অংশ ভঙ্গপ্রবণ ছিল।

অনেক চিকিৎসক বিবেচনা করেন যে, শিশুর দস্ত তাহার জন্মের বহু পূর্বেই—মাতৃকর্মেই গঠিত হয় ; জন্মের পর কয়েক মাস অভিক্রান্ত হইলে উহা বাহিরে প্রকাশ পায় মাত্র। সুতরাং শিশু যখন তাহার জননীর গর্ভে থাকে তখনই তাহার দস্তের গঠন আরম্ভ হয় এবং তাহা নির্ভর করে—তাহার জননীর খাত্তের উপর। কিন্তু ডাঃ মে, মেলানবীর পুস্তকে দেখা যায় যে, জন্মের পূর্বে শিশুর দস্তের গঠনের বিশেষ কোন ক্ষতিবৃদ্ধি হয় না—হয় জন্মের অনেক দিন পরে। দস্ত যত শীঘ্র পরিণতি লাভ করে, তাহার গঠন উত্তম। দোষযুক্ত হয়—দস্ত তত অদৃঢ় হইয়া থাকে। যখন মাড়ীতে কিম্বা চোয়ালে দস্তের পরিণতি ঘটিতে থাকে, তখন যে খাত্ত শিশু খায়, তাহার উপর তাহার দস্তের গঠন নির্ভর করে। সুতরাং জন্মের পূর্বে—ভ্রূণ অবস্থায়, জননীর খাত্তের ক্রটি থাকিলেও, ভ্রূণ জননীর দেহস্থ পূর্ব সঞ্চিত ভাণ্ডার হইতে তাহার দস্ত-গঠনের উপাদান সংগ্রহ করে। ইহাতে জননীর দস্তের ক্ষতি হইলেও হইতে পারে, কিন্তু শিশুর বিশেষ ক্ষতি হয় না। স্বাই ছাড়িবার পর যখন বাহিরের খাত্তের উপর শিশুকে সম্পূর্ণ নির্ভর করিতে হয়, তখনই তাহার দস্তের গঠন ভাল কিম্বা মন্দ হয়। শিশু বেরূপ খাত্ত পায়, তদনুসারেই তাহার দস্ত গঠিত হইতে থাকে। তবে জননীর খাত্তের ক্রটির ফল শিশুর উপর একেবারেই যে ফলে না, তাহা নহে ; জননীর খাত্তে যদি পুষ্টিকর, চূর্ণহল, লবণ ও ভিটামিন প্রভৃতি উপাদানের অপ্রাচুর্য্য ঘটিয়া থাকে, তবে শিশুর দেহের ভাণ্ডারে যথেষ্ট পরিমাণে খাত্তের উপাদান সঞ্চিত হয় না। এরূপ স্থলে আবার শিশু যদি উপযুক্ত মাত্রায় খাত্ত না পায়, তাহা হইলে তাহার দস্ত এবং সাধারণতঃ সর্বশরীরই ক্ষতিগ্রস্ত হয়। খাত্তের ক্রটির ফল যেমন দেহের অন্যান্য অংশে প্রকাশ পায়, দস্তেও সেইরূপ পাইয়া থাকে ; তবে দস্তে সেই ক্রটি বেশী পরিমাণে এবং খুব সহজেই ধরা পড়ে।

ঘোটকখা, দস্তকয়ের প্রধান কারণ—খাত্তজাত। এ বিষয়ে জীবজন্তুর দস্তের উপর দিয়া চূড়ান্ত পরীক্ষা হইয়া গিয়াছে।

২১।৮।২৯—কোন হিতপরিবর্তন হয় নাই, অবস্থা সমভাবেই আছে। অস্ত্র ও পুনরায় ২% পাসেন্ট কার্বলিক এসিড সলিউশন সাবকিউটেনিয়াস ইন্জেকশন এবং পূর্বোক্ত ব্যবহার সহিত নিম্নলিখিত ঔষধ সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

e. Re.

সিরাপ ফেরি আরোডাইড ... ১৫ মিনিম।

জল ... ৩ ড্রাম।

একত্র এক মাত্রা, এইরূপ ছয় মাত্রা। প্রত্যহ তিন মাত্রা সেব্য।

২১।৮।২৯—অবস্থা সমভাবেই আছে, কোন উপকার হয় নাই। অস্ত্র নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইল—

(ক) ২% পাসেন্ট কার্বলিক এসিড সলিউশন ১ সি, সি, মাত্রায় একবার সাবকিউটেনিয়াস ইন্জেকশন করা হইল।

(খ) ক্যালোট'স সলিউশন (Calot's solution) ৪ ড্রাম। ইহা কোঁটা করিয়া কাণের মধ্যে প্রযোজ্য। ইহা প্রয়োগের পূর্বে উক্ত নর্দাল স্ফালাইন দ্বারা কাণের ভিতর উত্তমরূপে পরিষ্কার করিয়া দেওয়ার ব্যবস্থা করা হইল।

২২।৮।২৯—কাণের পূজস্রাব অপেক্ষাকৃত কম এবং কাণের বহির্দেশস্থ ক্ষীতি দূরীভূত হইয়াছে। অস্ত্র বালকটী খুব কষ্টের সহিত মুখ ব্যাদন করিতে পারিতেছে।

অস্ত্র সমস্ত ঔষধ স্থগিত করিয়া কেবলমাত্র ক্যালোট'স সলিউশন পূর্ববৎ কাণের ভিতর কোঁটা করিয়া প্রয়োগের ব্যবস্থা করা হইল।

৩১।৮।২৯—রোগীর অবস্থা পূর্বাশ্রমে অধিকতর উন্নত হইয়াছে দেখা গেল। অস্ত্র ১২ সি, সি, কার্বলিক এসিড সলিউশন ২% সাবকিউটেনিয়াস ইন্জেকশন দেওয়া হইল। ক্যালোট'স সলিউশন পূর্ববৎ প্রযোজ্য।

২।৯।২৯—অবস্থা ভাল। অস্ত্র ও কার্বলিক এসিড পূর্ববৎ ইন্জেকশন করা হইল এবং পূর্বোক্ত ২নং ক্যালোমেলের পুরিয়া ১টা রাত্রে শয়নকালীন সেবনার্থ দেওয়া হইল।

৩।৯।২৯—রোগী কথা বলিতে এবং বিনা কষ্টে মুখব্যাদন করিতে সক্ষম হইয়াছে। কাণের বহির্দেশস্থ মাংসেশীর সামান্য আক্ষেপ (Spasm) বর্তমান আছে, প্রদাহের কোন লক্ষণ নাই। কাণের ভিতর হইতে পূজ নিঃসরণ স্থগিত হইয়াছে।

৬।৯।২৯—কোন উপসর্গ নাই। অস্ত্র ও পূর্বোক্ত ক্যালোট'স সলিউশন কাণের ভিতর প্রয়োগ করা হইল। পধ্যার্ধ্য দুই সপ্তাহ ভাত ব্যবস্থা করিলাম।

২২।৯।২৯—রোগী সম্পূর্ণ সুস্থ এবং বেড়াইতে সক্ষম হইয়াছে। ক্যালোট'স সলিউশন পূর্ববৎ প্রযোজ্য।

অন্তঃপর রোগীকে আর কোন ঔষধ দিতে হয় নাই।

অন্তব্যঃ—আমি এতাদৃশ অনেকগুলি রোগী— বাহাদের কাণ পাকা হইতে চৌয়াল আবদ্ধ (lock-Jaw) হইয়াছিল, তাহাদিগকে উল্লিখিত চিকিৎসা দ্বারা আরোগ্য করিয়াছি। কাণের পূজ (Otorrhoea) ক্যালোট'স সলিউশন অতীব ফলপ্রসূ, ইহা প্রয়োগে শীঘ্রই কাণের ভিতর হইতে পূজস্রাব দমিত হয়। বহু সংখ্যক রোগীকে ইহা প্রয়োগ করিয়া আশ্চর্যজনক সুফল পাইয়াছি। (A. T. C. March 1930. P, 179)

* নিম্নলিখিতরূপে ক্যালোট'স সলিউশন (Calot's Solution)

প্রস্তুত হয়;

Re.

গোরেক্স	... ১.০ ড্রাম।
ক্রিওলিন	... ৫.০ ড্রাম।
সালফিউরিক ইথার	... ৩০.০ ড্রাম।
আরোডোকরন	... ১০.০ ড্রাম।
অলিভ অয়েল	... ১০.০ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিবে। কাণের পূজে ইহা বিশেষ উপকারী।

হাইড্রোজেন পারসাইড দ্বারা কাণের ভিতর উত্তমরূপে পরিষ্কার করিয়া ৫—১০ কোঁটা এই সলিউশন কাণের মধ্যে প্রয়োগ করিয়া তুলি দ্বারা কর্ণরন্ধ্র আবদ্ধ করিয়া রাখিতে হয়। প্রত্যহ রাত্রে ইহা প্রযোজ্য। শীঘ্র ইহাতে পূজ নিঃসরণ স্থগিত হইয়া থাকে। পূজ নিঃসরণ বন্ধ হইলে ইহার প্রয়োগ রহিত করিয়া পালত বোরিক এসিড কাণের ভিতর প্রক্ষেপ (insufflation) করা কর্তব্য। প্রতি রাত্রে কাণে ক্যালোট'স সলিউশন এবং দিবাভাগে বোরিক এসিড ৩ মিক অরোডাইড প্রয়োগ করিলে শীঘ্র স্বস্থ পাতলা যায়।

(টি. প্র. পঃ)



বাইওকেমিক অংশ।

রক্তাণুপতী—ANÆMIA.

লেখক—ডাঃ শ্রীমন্মোহন কুমার দাস এম. ডি. (বাইও)

এম. আর. আই. পি. এইচ. (ইংলও) .

Physician.—Biochemist.

বাইওকেমিক বিজ্ঞানমতে পাচক রসে এবং প্যানক্রিয়েটিক রসের মধ্যে ক্যালশিয়াম ফসফেট ও পোডিয়াম ফসফেট নামক ধাতব লবণদ্বয়ের অভাব বা হ্রাস হইলেই রক্তাণুপতী (এনৈমিয়া) রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। সাধারণভাবে—ধাতব লবণ ঔষধ বা পথ্যরূপে দেহ মধ্যে প্রবেষ্ট করাইয়া এই অভাব পরিপূর্ণ করিতে পারিলে, পীড়ার উপশম হইয়া থাকে। ভুক্ত দ্রব্য সহজে জীর্ণ হইয়া রক্তকণিকা সমূহের সংখ্যা বৃদ্ধি করে; ফলে, ক্ষয়প্রাপ্ত বিধানসমূহ পুনরায় সুস্থ ও সর্বল হয়। এই উদ্দেশ্যে আহাৰ্য্য-দ্রব্য বাহাতে সহজেই জীর্ণ হয়; তৎপ্রতি ভীকৃ দৃষ্টি রাখা কর্তব্য।

এই পীড়ায় বাইওকেমিক ঔষধ অপেক্ষা দ্রুত ফলপ্রদ ঔষধ আর আছে কি না, জানি না। হিমোগ্লোবিন সিরাপ, ম্যাংসের কাণ ইত্যাদি অপেক্ষাও ইহা দ্রুত ফলদায়ক। নিম্নলিখিত কয়েকটি ঔষধ এই রোগে উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়।

(১) ক্যালকেরিয়া ফস্ :—ইহা রক্তাণুপতী রোগের সকল অবস্থাতেই ব্যবহার্য্য। এই ঔষধটি রক্তমধ্যে নূতন রক্তকণিকার সৃষ্টি করে।

মাত্রা—৬

রোগীর মুখমণ্ডল ফ্যাকাশে, রক্তশূন্য, অধঃ বা সর্বোচ্চ শ্বেতবর্ণের হইলে ইহা অতি সুন্দর ঔষধ। রোগীর দৈনিক পুষ্টির অভাবসহ রক্তহীনতা বর্তমানে, ইহা খুব ফলপ্রদ। রক্তপরীক্ষায় রক্তে অত্যধিক পরিমাণে বেত কণিকা পাওয়া গেলে (লিউকিমিয়া) এবং ‘ক্যান্সার’ পীড়া বা চর্কলকারী রোগটিতে, ক্যালকেরিয়া ফস্ ঔষধ ঔষধ।

শক্তি :—সাধারণতঃ ৬৫। বৃদ্ধির পক্ষে উৎকর্ষক বর্তমানে ৩৫ ভাগ।

মাত্রা = ৬ গ্রেন। দিবসে ৩৪ বার সেব্য।

(২) ফের্রাস ফস্ :—ক্যালকেরিয়া ফস্ ব্যবহারের পরও রক্তাণুপতী বর্তমানে ইহারো আশ্রয় ফল পাওয়া যায়। ক্যালকেরিয়া ফস্ ও ফেরাস ফস্ একত্রে মিশ্রিত করতঃ ব্যবহারে অতি আশ্চর্য্য উপকার পাওয়া যায়। রক্তাণুপতীর সমস্ত অবস্থাতেই ইহা ব্যবহার্য্য।

শক্তি :—সাধারণতঃ ২x ও ৩x শক্তি ব্যবহারেই সুন্দর ফল পাওয়া যায়। আবশ্যক মত ইহার ৬৫, ১২x ও ৩০x শক্তিও ব্যবহৃত হয়। রাত্রে ব্যবহারের জন্য ১২x শক্তিই প্রযোজ্য।

মাত্রা = ৩ গ্রেন। দিবসে—৩৪ বার সেব্য।

(৩) শেট্রাম্ মিউক্স :—রোগীর রক্ত পাংশা এবং জলের মত হইলে, নির্জল রক্ত জমাট না বাধিলে এই ঔষধে ফল পাওয়া যায়।

কিশোরী ও নব যুবতীদের প্রথম ঋতুকালীন রক্তহীনতার—বিশেষতঃ, যখন ঋতু অনিয়মিত ভাবে প্রকাশ পায়, তখন এই ঔষধটী বিশেষ ফলপ্রসূ। রোগীর গাত্রবন্ধ বরলা, বিশেষতঃ পূর্ণ জিহ্বা, কোষ্ঠবদ্ধতা, অত্যন্ত ম্লিনমানস ইত্যাদি লক্ষণে ইহা বিশেষ উপকারী।

শক্তি :—৬x, ৩০x।

মাত্রা = ৩ গ্রেণ। দিনে ৩৪ বার সেব্য।

(৪) কেলিস ফস্ :—দীর্ঘকাল মানসিক পরিপ্রমত্তা, বাহার ফলে মনের অবসাদ উপস্থিত হয়; অবসাদক পীড়ার পরে যে রক্তহীনতা দেখা যায় এবং সেরিব্রাল এনোমিয়া (মস্তিষ্কের রক্তারক্ততা) ইত্যাদিতে এই ঔষধটী ভাল। ইহা একটা উৎকৃষ্ট উত্তেজক ও অবসাদনাশক ঔষধ।

শক্তি :—৩x, ৬x, ৩০x।

মাত্রা = ৩ গ্রেণ। দিনে ৩৪ বার সেব্য।

(৫) কেলিস মিউক্স :—রক্তহীনতাসহ এক্জিম, ক্ষুধা, প্রকৃতি-বিবিধ চর্মরোগ বর্তমান থাকিলে এই ঔষধটী অল্প প্রধান ঔষধের সহিত একত্রে অথবা পর্যায়ক্রমে ব্যবহার করিলে বিশেষ উপকার হয়।

শক্তি :—৬x, ১২x, ৩০x।

মাত্রা = ৩ গ্রেণ। দিনে ৩৪ বার সেব্য।

(৬) শেট্রাম্ ফস্ :—রক্তারক্তা সহ অজীর্ণ রোগ, অম্লোদগার ইত্যাদি বর্তমান থাকিলে খাদ্যাদি সম্যক্রূপে জীর্ণ হওন সম্ভব এই ঔষধটী ক্যালকেরিয়া ফস্‌এর সহিত একত্রে ব্যবহার্য।

শক্তি :—৩x, ৬x, ৩০x।

মাত্রা = ৩ গ্রেণ।

(৭) সাইজির্গিশিয়া :—শিশুদের রক্তহীনতার, উপস্থিত পুষ্টির অভাব, ক্রীণ, দুর্বল ও ক্ষয় শিশুদিগকে রক্তারক্তার অল্প প্রধান ঔষধের সহিত বা পর্যায়ক্রমে এই ঔষধটী ব্যবহার করিলে সুফল পাওয়া যায়।

শক্তি :—৬x, ৩০x।

মাত্রা = ৩ গ্রেণ। দিনে ৩৪ বার সেব্য।

পথ্যাদি :—পুষ্টিকর ও লঘুপাচ্য পথ্যই উপযোগী। এতদ্ব্যতীত খাঁটী গোছের, অণ্ডের কুসুম, কচি মুরগীর স্তন্য, কুঁজ মাছের খোল ইত্যাদি ব্যবস্থেয়।

এই রোগে হরলিক্স্ মলটেড্ মিক্ একটা উৎকৃষ্ট পথ্য। ইহাতে ক্যালকেরিয়া ফস্, সোডিয়াম্ ফস্‌ফেট্ (নেট্রাম্ ফস্), ফেরাম্ ফস্ ও কেলি ফস্‌এর অংশবিশেষ বর্তমান থাকায় ইহা উৎকৃষ্ট পথ্যরূপে বিবেচিত হইয়াছে। আমি ইহা ব্যবহারে আশাতীত উপকার পাইয়াছি।

রোগীর হৃদযন্ত্রিক অঙ্গব্যায়ী অঙ্গবিস্তার সমস্ত রকম পথ্যই ব্যবস্থা করা যায়।

কাঁচ কলা, ধোড় ও ঘোচার তরকারী বেশ ভাল পথ্য।

হরিশর্পের উদরাময়—Green Diarrhoea.

লেখিকা—**শ্রীমতী ললিতিকা দেবী M. D. (Homeo),**

H. L. M. P., M. H. C. P.

লেডি ডাক্তার।

—:—

ক্লোপী :—একটা ৪ মাসের শিশু। এই শিশুটা প্রত্যহ ৮/১০ বার সবুজবর্ণের পাংলা মলত্যাগ করিত। মলের সহিত সাধারণ আম ও ছানা বর্তমান ছিল। মলত্যাগের পূর্বে লামান্ত কোঁপ পাড়ে। মলে অল্প হুর্গন্ধ আছে। অর নাই। মূত্র—স্বাভাবিক। শিশুটা মাতৃস্তন্য ছাড়া আর কিছুই খায় না। ৬৭ দিন হটল সমানে ভুগিতেছে। শিশুটাব সাধারণ স্বাস্থ্য বেশ ভালই ছিল।

প্রথম কয়েকদিন এলোপ্যাথিক মতে চিকিৎসা হইয়াছিল, কিন্তু কোনও ফল না হওয়ায় আমার ডাক পড়ে। গত ২ই চৈত্র এই শিশুটির চিকিৎসার্থ আমি আহূত হই। আমি প্রথম দিন নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম :—

১। Re.

ফেরাম্ ফস্	...	৩x
ম্যাগ্ ফস্	..	৩x
কেলি মিউর	...	৬x
কেলি ফস্	..	৬x

প্রত্যেকটা ১/৩ গ্রেণ করিয়া একত্র মিশ্রিত করতঃ এক মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রত্যহ ৪/৫ বার সেব্য।

শিশুর জননীর রাত্রেই আহার বন্ধ করিয়া কেবল মাত্র ১ পেয়লা হরলিকের ব্যবস্থা করিলাম।

১৫ই চৈত্র :—সংবাদ পাইলাম যে—অবস্থার কোনই হিত পরিবর্তন হয় নাই।

এই দিন আমি নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম :—
২। Re.

ফেরাম্ ফস্	...	৩x
ম্যাগ্ ফস্	...	৬x
ক্যালকেরিয়া ফস্	...	৬x
নেট্রাম্ ফস্	...	৬x

প্রত্যেকটা ১/৩ গ্রেণ করিয়া একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রত্যহ ৩ মাত্রা সেব্য।

৩। Re.

কেলি মিউর	...	৬x
নেট্রাম্ সাল্ফ্	...	৬x

প্রত্যেকটা ১/২ গ্রেণ করিয়া একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা।

২নং পুরিয়ার সহিত পর্যায়ক্রমে প্রত্যহ ৩ বার সেব্য। এতদ্বিধা বিশোধিত উষ্ণ জল শীতল করতঃ, মধ্যে মধ্যে ৫/৭ বিন্দু করিয়া পানের উপদেশ দিলাম।

১১ই চৈত্র :—ভগবানের দয়ায় অল্প আশ্চর্যরূপ পরিবর্তন দেখা গেল। মলের রংএর অনেক পরিবর্তন ও বারেও অনেক হ্রাস হইয়াছে। রাতে ও দিনে বেশ সুনিদ্রা হইয়াছে। এই চিকিৎসা ২/৩ দিন মধ্যেই শিশুটা সম্পূর্ণ সুস্থ হইয়া গেল। আরও ২/৩ দিন ২নং ও ৩নং ঔষধ সেবন করাইবার উপদেশ দিয়া ঔষধ বন্ধ করিয়া দিতে বলিলাম।

শিশুদের সর্কপ্রকার উদরাময়েই বাইওকেমিক চিকিৎসা যে, আন্ত ও স্থায়ী উপকারী, অনেক রোগীতে তাহা প্রত্যক্ষ করিয়াছি। নেট্রাম্ সাল্ফ—সবুজবর্ণের উদরাময় রোগে অব্যর্থ ঔষধ। ইহার ৩x, ৬x, ১২x, ৩০x, শক্তি ব্যবহার্য।



হোমিওপ্যাথিক অংশ।

২০শ বর্ষ

১০০৭ সাল-জ্যৈষ্ঠ

২য় সংখ্যা

হোমিওপ্যাথিক ভিত্তি

লেখক—ডাঃ শ্রীমদুনাথ গঙ্গোপাধ্যায় B. A. M. B. (Cal)

বেনারস সিটি।

১। হোমিওপ্যাথিক মতের প্রচার

৩। সাহসী হোমিওপ্যাথের অতি বড় নিদ্রুক; তাঁহারাও
 স্বীকার করিবেন যে, ভারতবর্ষে—বিশেষতঃ, স্বর্গসিদেশে
 এই প্রণালীর চিকিৎসা বড়ই বিস্তারলাভ করিয়াছে।
 নিম্নলিখিত ইহার উন্নতি দেখিয়া আনন্দিত হইতেছেন।
 যাহার ব্যক্তি যেমন ভীমাকার কাননের সহিত
 যুদ্ধে প্রবৃত্ত হইলে, দর্শকগণের কণা ও সহস্রভূতি সামনের
 দিকেই থাকে এবং তাহার একটু দাঁড়ও জয়লাভের
 সম্ভাবনা দেখিলে, দর্শকগণ আনন্দে করতালি প্রদান করে
 সেইরূপ এই ক্ষুদ্রকার নবীন শাস্ত্র হোমিওপ্যাথিকেও
 স্নাতন এলোপ্যাথি আয়ুর্বেদ প্রভৃতি প্রাচীন চিকিৎসা

শাস্ত্রের সহিত “সমুখ সমরে” প্রবৃত্ত দেখিয়া সমগ্র জগৎ
 গত ১৫০ বৎসর কাল কৌতুহলপূর্ণ নেত্রে ইহার কল
 কোশল এবং শক্তি পর্যবেক্ষণ করিতেছে এবং জয়লাভ
 দর্শনে আনন্দ ধ্বনি করিতেছে। এই অন্নদিনের মধ্যেই
 হোমিওপ্যাথির তিনটি সুপুত্র জন্মিয়াছে। তাহাদের নাম—
 (১) বাইওকেমিক; (২) ইলেক্ট্রো-হোমিওপ্যাথি ও
 (৩) ডোসীমেট্রি। ইহাদের সাহায্যে হোমিওপ্যাথির
 গৌরব আরও বর্ধিত হইতেছে।

২। ফলেন পন্ডিতীয়াতে

কেন এমন হইল? আমরা প্রাচীন মতের চিকিৎসকগণ
 বৎসর কয়েক পূর্বে বাহাকে হাসিয়া উড়াইয়া দিতাম এবং

মহাত্মা হ্যানিম্যানকে কঠোরভাবে সম্মানিত করিতে কুড়িত হইতাম না; আমি কোন ঐচ্ছালিক বলে তাঁহার পক্ষ প্রকাশিত করিলাম। ইহার একমাত্র উত্তর—“কখনো পরিচীয়েতে”। কিন্তু ইহার উত্তরে নিম্নকগণ বলেন যে, “যে আরোগ্যকরী বা নিরাময়িক শক্তি মনুষ্য শরীরে নিহিত আছে, ল্যাটীন ভাষায় বাহাকে “ভিস্ নেচুরি মেডিকেলিকু” বলে, সেই প্রাকৃতিক নিরাময়িক শক্তি দ্বারা সকল রোগই স্বয়ং আরোগ্য হয়। জীবগণের যেমন জন্ম, বালা, যৌবন, বার্দ্ধক্য ও মৃত্যু পর্যায়ক্রমে উপস্থিত হয়, মানব দেহের রোগসমূহও তজ্জন্ম কিছুদিন দেহমধ্যে প্রচ্ছন্নভাবে থাকে; পরে প্রকাশিত, বৃদ্ধি ও চরম উৎকট অবস্থায় উপস্থিত হয়। তৎপরে আপনাআপনি আরোগ্য হয়, নতুবা রোগীকে মারিয়া ফেলে অথবা অসাধ্য রোগ হইয়া দেহ মধ্যে থাকিয়া যায়। তাঁহার বলেন যে, হোমিওপ্যাথিক জল খাওয়াইয়া যদি রোগ আরোগ্য হয়, তাহা হইলে ইহাতে এই প্রমাণ হয় যে, সকল ঔষধই মিথ্যা। ঔষধ খাওয়াইয়াও যে ফল, জল খাওয়াইয়াও সেই ফল হইয়া থাকে।

৩। ঔষধ সকল প্রকৃতির সহকারী

উল্লিখিত ঐ চতুর বর্ণনায় সত্যের সহিত মিথ্যার ভেদাল এত মিশ্রিত যে, ইহা বিনামূল্যেও লওয়া যায় না। জিনিষ সহিত এত বালি মিশান যে, কেহই গলাধঃকরণ করিতে পারিবেন না। প্রাকৃতিক শক্তিতেই রোগ আরোগ্য করে বটে, কিন্তু মানুষের সাহায্য অতীব প্রয়োজনীয়। ঘোড়া আপনিই দৌড়ায় বটে, কিন্তু অধারোহীর হস্তস্থিত লাগায় যেমন তাহাকে কোন দিকে বাইতে হইবে, তাহা দেখাইয়া দেয়; তেমনি চিকিৎসকের চেষ্টায় রোগের গতির দিকনির্ণয় হয়। অথকে চাবুক মারিয়া যেমন তাহার গতি বুদ্ধি করতঃ গন্তব্যস্থান শীঘ্র নিকটবর্তী করান যায়, নানা ঔষধে সেইরূপ আরোগ্যের পথ নিকট হয়। হাড় ভাঙিয়া গেলে, ভাঙ্গা হাড়ের উপর ক্যালস্ জমিয়া আপনি জড়িয়া যায় বটে, কিন্তু ভাঙ্গা হাড় ঠিক করিয়া

বসাইয়া না দিলে, বাঁকা হইয়া জড়িয়া যায়। ক্ষয়কাশ ও উদরাময়রোগে শরীরের বিষ কাশির সঙ্গে ও হাড়ের সঙ্গে প্রকৃতি দেবী বাহির করিবার চেষ্টা করেন বটে, কিন্তু ঔষধ দিয়া তাহার সাহায্য না করিলে, অনেক সময়ই রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। সত্যকথা এই যে, রোগ আরোগ্য করিবার প্রধান ভার প্রকৃতির উপর আছে বটে, কিন্তু চিকিৎসা ও ঔষধ দ্বারা আরোগ্য শীঘ্র হয়। নতুবা ঔষধে রোগ সংঘত হয় এবং সর্বত্রই প্রকৃতির সাহায্য করে। আমরা প্রাচীন মতের চিকিৎসকগণ চিরদিনই পথহারা হইয়া চতুর্দিকে দৌড়াইতেছি। আমি যে মত অত্রান্ত বলিয়া লইলাম, কল্যাণ তাহা যুগের সহিত দূরে ফেলিয়া দিতেছি। হ্যানিম্যান একটা সত্য পথ দেখিতে পাইয়াছিলেন। পথটা প্রশস্ত নহে, একটা গলি রাস্তা মাত্র। কিন্তু এই গলি রাস্তায় আমি প্রায় দেড়শত বৎসর কাল যতলোক হাঁটিতেছে, সকলেই বলে যে, এই রাস্তায় আরোগ্যধামে শীঘ্র পৌছান যায়। তথাপি কি পথপ্রদর্শকের নিন্দা করিতে হইবে?

৪। সন্দূশ চিকিৎসা কিরূপ?

চিন্তা করিলে সকলেই বুঝিতে পারেন যে, প্রত্যেক রোগের কারণ ও লক্ষণগুলিই রোগের পরিচায়ক। প্রত্যেক রোগের লক্ষণগুলি যেন চীৎকার করিয়া বলিয়া দেয়—সেহের ভিতর কি উৎপাত হইতেছে। অন্ধকার রাত্রিতে বাঙ্গলাদেশের পল্লীগামে নেকড়ে বাঘ প্রবেশ করিলে, শৃগাল যেমন তাহার পশ্চাতে চীৎকার করিয়া গৃহস্থগণকে সজাগ করিয়া দেয়, তেমনি প্রত্যেক রোগের লক্ষণগুলি চিকিৎসক ও রোগীকে জানাইয়া দেয়—কি রোগ আসিয়াছে। তখন চিকিৎসক তাহার ঔষধাদি অঙ্গশস্ত্র লইয়া ঐ শত্রু দূর করিতে আগ্রহ হ'ন। ইহাই এলোপ্যাথিক, হেকিমি, কবিরাজি প্রকৃতির প্রধান ভিত্তি। রোগ বাহা হুঃখ দিতেছে, তাহার উপর কাজ কর, রোগ পলাইবে। ইহাই বিগদূশ চিকিৎসা। সন্দূশ চিকিৎসা কিন্তু অন্তরঙ্গ।

৩। লক্ষণগুলিই ঔষধ

ঔপরোনিধিত পথ ছাড়া, রোগ-উৎপত্তি, স্থিতি ও আরোগ্য হইবার আর একটা পথ আছে। পূর্ণ আহারের বর্জ্য কয়েক পরে যদি প্রবল বেগে জ্বর আসে, তাহা হইলে রোগী বমন করিতে থাকে। ইহা দেখিলে বুঝা যায় যে, প্রকৃতি-দেবী সম্ভানের প্রতি মাতৃস্নেহবশতঃ তাহার উদরস্থ অজীর্ণ ভুক্ত পদার্থ সকল বাহির করিয়া দিয়া তাহাকে আরোগ্য করিবার চেষ্টা করিতেছেন। ঐ রূপ রোগীকে স্বর্ণ থালায় পঞ্চাশ ব্যঞ্জন দিয়া অন্ন দিলেও সে খাইতে চাহিবে না। ইহাতে বুঝা যায় যে, তাহাকে উপবাস করাইয়া আরোগ্য করিবার চেষ্টা করা হইতেছে। বিবৃটিকা রোগে যখন প্রবল বেগে ভেদ-বমন হইতে থাকে, তখন ঐ দুইটার সঙ্গে এত লক্ষ লক্ষ কলেরার বীজাণু “কমাবাসিলী” বাহির হইয়া যায় যে, তদ্বারা স্পষ্টই প্রতীয়মান হয় যে, রোগীর দেহের বিষ বাহির করিয়া, তাহাকে বাঁচাইবার জন্ত প্রাকৃতিক উপায়ে চেষ্টা হইতেছে। বলা বাহুল্য, প্রকৃতির এই চেষ্টার ফলেই ভেদ-বমন, বসন্ত রোগের গুটিকা বড় হইয়া পূঁজ পরিপূর্ণ হইলেই রোগী বাঁচিবার আশা হয়, তাহাতে বুঝা যায় যে, পূঁজের সঙ্গে বিষ বাহির করিয়া দিয়া রোগীকে বাঁচাইবার চেষ্টা হইতেছে। ম্লেগ রোগে বিউবো (বাবী) কাটিয়া যদি বহু পূঁজ রক্ত বাহির হয় এবং ক্ষত স্থান হইতে কয়েক দিন পর্যন্ত পূঁজ রক্ত বাহির হয় করা সম্ভব হয়, তবেই রোগী বাঁচিয়া যায়। এইরূপ বহু রোগে দেখা যায় যে, রোগের লক্ষণগুলি একদিকে যেমন রোগের নাম, শক্তি, সামর্থ্য ব্যক্ত করে। তেমনি অপর দিকে সেই রোগকে তাড়াইবার চেষ্টা করে। বাতুকাঞ্চা চক্ষে প্রবেশ করিলে চক্ষু হইতে প্রচুর পরিমাণে জল নির্গত হইয়া যেমন উচ্চ খোঁচ ও বাহির করিয়া দেয়, সেইরূপ ছপাচ্য দ্রব্য ভক্ষণ করিলেও অন্ননলী বধ্য হইতে প্রচুর জল নিঃসৃত হইয়া, ঐ সকল পদার্থ বাহির করিয়া দেয়। ইহাই উদরাময়। তরল দ্রব্যই উদরাময়ের প্রাথমিক চিকিৎসা। এই প্রাকৃতিক চিকিৎসার কথাই উপরে উল্লেখ করা হইয়াছে। এখন

দেখা যাউক রোগের সঙ্গে হোমিওপ্যাথি কিরূপ সম্বন্ধ পাতাইয়াছেন।

৬। রোগের লক্ষণে ও ঔষধের লক্ষণের জ্ঞাতি সম্বন্ধ

রোগের লক্ষণগুলি যে ভাষায় কথা কহে, যে বিপদের সংবাদ দেয়, যে দুর্গতির ভিতর মানুষকে ফেলিয়া দেয়; আশ্চর্য্য এই যে, স্তম্ভ ব্যক্তি আফিং, বেলেডোনা, একোনাইট প্রভৃতি বিষ খাইয়া বিষাক্ত হইলেও, সেই সেই লক্ষণ প্রকাশ পায়; সম্পূর্ণ বিষাক্ত না হইয়াও, অধিক মাত্রা সেবনের কুলক্ষণ দ্বারা আক্রান্ত হয়। যেমন দুইজন মানুষকে একই ভাষায় কথা কহিতে শুনিলে, তাহাদিগকে একই দেশের লোক বলিয়া বুঝা যায়, একই রকম কথার সুর ও একই রকম প্রাক্ষেপিক শব্দ ব্যবহার করিতে শুনিলে যেমন তাহাদিগকে একই জেলার লোক বলিয়া বোধ হয়, একই মুখাকৃতি দেখিলে যেমন বমজতাই বলিয়া সন্দেহ হয়, সেইরূপ ঔষধের আচরণ ও রোগের আচরণে চিরকাল সৌসাদৃশ্য রহিয়াছে। আমরা কিন্তু তাহাদিগকে চিনিতে পারি নাই। কিন্তু মহাত্মা হানিমানের সৌভাগ্যক্রমে দক্ষিণ আমেরিকায় পেরু ও বেলিভিয়া প্রদেশের অত্যাচল পর্বত উপত্যকায় সিঙ্কোনা নামক যে বৃক্ষ জন্মিত, ঐ বৃক্ষের ছালে জ্বর আরোগ্য হওয়ার সংবাদ ১৭৯০ খৃষ্টাব্দে ইউরোপে প্রচারিত হইয়া সর্বসাধারণের এত বিশ্বাস উৎপাদন করিল যে, ইহা স্তম্ভ শরীরে কিরূপ কাজ করে, তাহা দেখার জন্ত অনেকেই ব্যগ্র হইলেন। বলা বাহুল্য, এই সিঙ্কোনাই বর্তমানকালের জগৎ বিজয়ী কুইনাইনের গর্ভধারিণী মাতা। কিন্তু তখনও কুইনাইন জন্ম গ্রহণ করে নাই, স্তম্ভরাং হানিমান ঐ ছালের চূর্ণ বা গুঁড়া খাইয়া ফেলিলেন। তাহাতে তাহার জ্বর আসিল। তখন আরও আশ্চর্য্যবোধ হইল। যে পদার্থে জ্বর আরোগ্য হয়, স্তম্ভ শরীরে সেই পদার্থ খাওয়াতে জ্বর আসিল কেন? তবে কি অল্প ঔষধেও এইরূপ হয়? এইরূপ ভাবিয়া তিনি অনেকগুলি ঔষধ

ক্রমে ক্রমে পরীক্ষা করিয়া দেখিলেন যে, সকলেরই ঐ গুণ আছে। ১৭২৬ খৃঃ অব্দ হইতে ১৮০৬ খৃঃ অব্দ পর্যন্ত ১০ বৎসর নিরন্তর পরিশ্রম করিয়া তিনি সিদ্ধান্ত করিলেন—“রোগের সময় যে লক্ষণ হয়, সুস্থ শরীরে যে ঔষধ সেবন করিয়া সেই লক্ষণ পাওয়া যায়, সেই ঔষধ দ্বারাই ঐ রোগ চিকিৎসা করা উচিত”। সম ধর্মাবলম্বী ঔষধদ্বারা সম লক্ষণযুক্ত রোগী চিকিৎসা করিবার ভিত্তি প্রতিষ্ঠিত হইল। ইহাই সিমিলিয়া সিমিলিবস্ বা “সমঃ সমং শময়তু”। ইহাই হোমিওপ্যাথি।

৭। হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসার

প্রধান গুণ

এই চিকিৎসার প্রধান গুণ এই যে, লক্ষণগুলি উত্তমরূপে বুঝিলেই রোগ বুঝা হইল এবং ঔষধের লক্ষণগুলি মিলিলেই ঔষধ নির্বাচন ঠিক এবং ঔষধ ঠিক হইলেই চিকিৎসা সফল হইল। ইহাতে প্যাথোলজি বা নিদানের অন্ধকার গৃহে হাঁতড়াইতে হয় না। মরবিড্ এনাটমি বা বাস্তবিক পরিবর্তনের ভীষণ চিত্র অঙ্কিত করিতে হয় না, অণুবীক্ষণ ও রাসায়নিক পরীক্ষার জ্ঞান মস্তিষ্ক আলোড়িত করিতে হয় না। কেবলমাত্র রোগের লক্ষণ ও ঔষধের লক্ষণ অতি উত্তমরূপে বুঝিলেই রোগ আরোগ্য হইবে। যে ঔষধের লক্ষণ যে রোগের লক্ষণের সহিত যত অধিক সমান হইবে, সেই ঔষধে সেই রোগ আরোগ্য হইবার সম্ভাবনা তত অধিক হইবে।

৮। একটী মাত্র ঔষধ

কিন্তু এই চিকিৎসায় নানা ঔষধ একত্রিত করিয়া দিলে চলিবে না। দুই তিনটী ঔষধ একত্র মিশ্রিত করিলে তাহাদের কোনটীর দ্বারা রোগীর উপকার হইল আর কোনটীতে বা উপকারে বাধা দিল তাহা নির্ণয় করা সহজ নহে। সুতরাং একটী মাত্র ঔষধ একবার দেওয়াই বিহিত। প্রয়োজন হইলে ঔষধ পরিবর্তন করা চলে, অথবা পর্যায়ক্রমে সমানধর্মী দুইটী ঔষধ দেওয়া চলে। যেমন

গাড়ীতে একটী ঘোড়া জুড়িয়া দিলে যদি গাড়ী শীঘ্র না চলে তবে সেই ঘোড়াটীকে, কিয়ৎকালের জন্য বিশ্রাম করিতে দিয়া, অপর একটী ঘোড়া জুড়িয়া দিলে, দ্বিতীয় ঘোড়া দ্বারা কাজ ভাল হয়। কিন্তু যদি ঔষধ নির্বাচন ঠিক হয়, তাহা হইলে দ্বিতীয় ঔষধ দিবার প্রয়োজন হয় না। তখন দেখিতে পাওয়া যায় “একশত্রু স্তবোহস্তি”। এলোপ্যাথিক চিকিৎসায় দুইটী সমান ধর্মী ঔষধ (ঘোড়া) জুড়িয়া দেওয়া হয়। কখন কখন চিকিৎসকের ব্যবস্থা চতুরই বোঝিত হইয়া চমেন এবং কখন বা সম্রাটের জায় আট ঘোড়ার গাড়ীতে চড়েন। আমাদের প্রেমস্বপ্নসনের এইরূপ ঐর্ষ্যা দেখিয়া রোগী ও তাহার আত্মীয়গণ বড়ই প্রশংসা করেন। কিন্তু ইহাতে সকল সময় ফল ভাল হয় কি? রোগের আগুন যখন জলিয়া উঠে, তখন তাহার উপর ২১১টী ঔষধের জল প্রক্ষেপ করি। যখন দেখি রোগ দাউ দাউ করিয়া জলিয়া উঠিল, তখন দিশাহারা হইয়া তাহার উপর লেপ বালিশ কবল সংস্কেই ফেলিতে থাকি। তাহাতে যখন আগুন আরও জ্বলিতে থাকে—তখন “ইহাকে চেপে পাঠাইয়া দাও” বলিয়া নিশ্চিত হই। ইহাই আমাদের এলোপ্যাথিক চিকিৎসা। হোমিওপ্যাথির একটীমাত্র ঔষধ দিলে ঔষধের বল বুঝিতে না পারিলেও, নিজের বিজ্ঞা বুঝিতে পারা যায়। ঔষধে ফল না হইলে স্বীকার করিতেই হইবে “আমি ঔষধ ঠিক করিতে পারি নাই”। একটী মাত্র ঔষধ দেওয়ার আর একটী শুভফল এই যে, ইহাতে ঔষধের অসম্মিলন বা ইনকম্প্যাটিবিলিটি হইবার ভয় নাই। যাহুবে যাহুবে যেমন খগড়া করে, আমাদের ঔষধে ঔষধে সেইরূপ এত বিষম কলহ যে, তজ্জন্ত যুবক চিকিৎসকগণ সর্বদাই তাহাদের ঔষধে ভীত থাকেন—পাছে প্রযুক্ত ঔষধে রোগীর বিপদ ও চিকিৎসকের দর্শন ঘটায়। অবশ্য সত্য কথা বলিতে হইলে স্বীকার করিতে হইবে যে, সকল ঔষধই খগড়া করে না। অনেকের বন্ধুত্বও খুব আছে। যেমন ডিজিটেলিন, স্কুইল, পটাশ এসিটেট, স্কোপেরিয়াম ও বুকু একত্র হইলে অতি উৎকৃষ্ট বন্ধুত্ব হয় এবং পাঁচ বন্ধুতে মিলিত হইয়া রোগীর খুব প্রস্রাব করায়। কিন্তু একটী

সব ঔষধ একবারে দেওয়াই সর্বাপেক্ষা নিরাপদ। ছোট-ছোট রেলওয়ে, বাহাতে একটা বা সিন্ধা লাইন আছে, তাহা দেখিয়া হোমিওপ্যাথিক ‘সিমিলি রেমেডি’ বা একটা বাজ ঔষধ মনে পড়ে। একটা লাইনে যেখন গাড়ীতে গাড়ীতে থাকা লাগিলার তর নাই, একখানী গাড়ী অপর ঠেকনে না গহিছিলে, অপর খানি সেখান হইতে ছাড়িতে পাইবে না। হোমিওপ্যাথিক একক ঔষধও সেইরূপ অপর ঔষধের সহিত অসম্মিলন হইবার উপায় নাই।

২। ক্ষুদ্র মাত্রা

‘সিমিলিয়া সিমিলিবস্’ হোমিওপ্যাথিক দক্ষিণ পদ এবং একক ঔষধ বাব পদ। এই দুই পারে ভর দিয়া পাড়িয়া এই অভ্যাসার্থে যুবক ক্ষুদ্র মাত্রার তরবারি ঘুরাইয়া রোগের সম্ভাব্য চিকিৎসা-শাস্ত্রকে সমুখ সমরে আহ্বান করিয়াছে। যশ কোটা টিংচার বেলেডোনা বা ১০ গ্রেন ফুইনাইনও যদি “সিমিলিয়া” মতেই খাইতে দেওয়া যায়, তাহা হইলেও কেহ হোমিওপ্যাথি হইতে “জাতিভ্রষ্ট” বা “একবর্ণে” হইবেন না। যহা হ্যানিমানও প্রথম প্রথম এইরূপ ক্ষুদ্র মাত্রা ব্যবহার করিতেন। স্বর্গীয় ডাক্তার মহেন্দ্রনাথ সরকার মহাশয়ও অবস্থা বিশেষে এলোপ্যাথিক মাত্রার হোমিওপ্যাথিক ঔষধ দিতে কুণ্ঠিত হইতেন না। প্রথমও প্রথম এক “একজন সুপণ্ডিত ‘উত্তরপন্থী’ ডাক্তার আছেন, যিনি ‘সিমিলিয়া’ মতে চিকিৎসা করেন বটে, কিন্তু ঔষধ দিবার সময় কেবল “মাত্রার টিংচার” দেন। আমার একজন বন্ধু এইমতে চিকিৎসা করিয়া বড়ই ক্ষতিকারী হইয়াছিলেন এবং বহুলক টাকা উপার্জন করিয়া বর্ল সিদ্ধাছেন। ‘সিমিলিয়া’ যদি বিশ্বাস করি, আর ঔষধ যদি একবারে একটর অধিক না দিই, তবে মাত্রা অধিক দিই বলিয়া কাহার সাধ্য বলে যে আমি হোমিওপ্যাথি নহি? হ্যানিমান নিজে ইহা করিয়াছেন এবং এখনও অনেক হোমিওপ্যাথি ইহা করেন। সহকারী বা অসিমিলিয়ারী ব্যবহারে তাহারা পূর্ণ এলোপ্যাথ।

১০। কেন ক্ষুদ্র মাত্রার ঔষধ

দেওয়া হয়?

কিন্তু কথা হইতেছে—তবে কেন? ক্ষুদ্র মাত্রার হোমিওপ্যাথিক ঔষধ দেওয়া হয়। বাস্তবিক অগ্নির ক্ষুদ্র মাত্রা হোমিওপ্যাথিক হস্তপদাদির দ্বারা স্বাভাবিক বল নহে; ‘সিমিলিয়া’ মতবাদের সহিত ইহার নিকট সম্পর্ক নাই। ইহা হোমিওপ্যাথিক একটা প্রধান নীতি মাত্র; কেহ কেহ বলেন “ত্রমাত্র”। “পাছে অধিক মাত্রার ঔষধ দিলে রোগীর দেহে অযথা উত্তেজনা হয় অথবা সম্ভব ধর্মাবলম্বী ঔষধও রোগের সম্মিলন বশতঃ রোগ বাড়িয়া উঠে, সেই ক্ষুদ্র ঔষধ ক্ষুদ্র মাত্রার দেওয়া প্রয়োজন”। ইহা অপেক্ষা আর অধিক দূর দৃষ্টি মহাত্মা হ্যানিমানের প্রণমে জন্মায় নাই। মহাত্মাগণের বুদ্ধির বিশেষত্ব এই যে, তাহারা বিচার শক্তিতে যে কথা বুদ্ধিতে পাবেন না, দূর হইতে ভগবানের প্রত্যাদেশের আলোক আসিয়া তাহাদিগকে সে কথা বুঝাইয়া দেয়। হ্যানিমান পরীক্ষা দ্বারা দেখিতে পাইলেন যে, ক্ষুদ্র মাত্রার হোমিওপ্যাথিক ঔষধ উপকার করে, কিন্তু কেন? কারণ, তাহার কারণ তখন ভালরূপ বুঝিতে পারিতেছিলেন না। পরে যখন ঔষধের ফিজিওলজিক ক্রিয়া বা শারীর-বিধান ও তত্ত্বসমূহের উপর স্থায়ী ক্রিয়া অব্যবহার করিয়া হ্যানিমান বীরদর্পে দণ্ডায়মান হইয়া, কেবলমাত্র ঔষধের তড়িতবৎ “স্বন্দগতি” বা “ডাইনামিক ক্রিয়া” ঘোষণা করিলেন, তখন ক্ষুদ্রাদপি ক্ষুদ্রমাত্রা প্রচারেব আর কোন বাধাই রহিল না। আমরা একটু পরেই দেখাইব যে, ইহা যেন—“রাম না জগিতে ভাষায়” লেখার মত প্রত্যাদেশ। ভারতীয় উপনিষৎকার বেদন বলিয়াছেন—‘পূর্ণত পূর্ণবাদ্য পূর্ণমেবা বশিষ্ঠতে’ অর্থাৎ “অনন্তকে অনন্ত ভাগ করিলে অনন্তই অবশিষ্ট রহিয়া যায়—কমিয়া যায় না”। হ্যানিমানও ঔষধ সম্বন্ধে সেইরূপ ক্ষুদ্রমাত্রার ঔষধের কার্যকারী শক্তি করে না বলিয়া ঘোষণা করিলেন।

১১। সাধারণ লোকের আপত্তির কারণ

জড় পদার্থের এই অতীজ্রিয় বিভাগ (ঔষধের অতি হৃদয়ান্তিক্রম-মাত্রা) এবং এই অসীম ক্ষুদ্র পদার্থের অসীম ক্ষমতা, তৎসাময়িক লোকের এবং এখনকারও অধিকাংশ লোকের জ্ঞান-বুদ্ধির অতীত বলিয়া, হ্যানিম্যানের ‘অসীম ক্ষুদ্র মাত্রা’ মতবাদ বহুদিন পর্যন্ত সর্ব সাধারণের উপহাসের বিষয় ছিল। মহাকবি কালিদাস তদীয় অমরকাব্য কুমার সম্ভবে লিখিয়াছেন—

আলোক সামান্যমচিহ্ন হেতুকে ।

দ্বিস্তি মন্দাশ্রিতং মহাত্মনাং ॥

অর্থাৎ মহাত্ম্যগণের কার্য সামান্য লোকের মত নহে এবং তাঁহাদের কার্যের হেতুও বুঝিতে পারে না বলিয়া, সামান্য লোকে তাঁহাদিগকে ঘেঁষ করে।

১২। হোমিওপ্যাথির বিরুদ্ধবাদিগণের মতের উত্তর এলোপ্যাথির প্রশংসা

ইংরাজি এলোপ্যাথিক ও ভারতীয় এলোপ্যাথিক অর্থাৎ কবিরাজীর নিন্দা কেহ করিতে পারেন না। ইহাই মানুষের স্বাভাবিক চিকিৎসা। ক্ষুধার সময় ভোজন, এবং তৃষ্ণায় যে জল পান করি, গ্রীষ্ম বোধ হইলে পাখার বাতাস খাই, শীতের সময় যে, উষ্ণ বস্ত্রাবৃত হই; এ সমস্তই এই মানবদেহের এলোপ্যাথিক চিকিৎসা। আরণ্য ও গৃহপালিত পশুগণ এবং বিমানচারী পক্ষীগণ স্ব স্ব দেহ রক্ষা করিবার জন্য দিবারাত্রি নিজে নিজে এলোপ্যাথিক চিকিৎসা করিতেছে। যতদিন জগতে জীব বর্তমান থাকিবে, ততদিন এলোপ্যাথি থাকিবে। মনুষ্য পশুপক্ষী, কীটপতঙ্গ সকলেই এলোপ্যাথিক চিকিৎসা করে। কিন্তু তাই বলিয়া আমি বাহা বুঝি না, তাহাতে হাসিয়া উঠিব কেন? জগতে যে শত শত মতের চিকিৎসা আদিয়াছে, আসিতেছে ও আসিবে। হোমিওপ্যাথির আত্মসমর্থন করে, অন্তমতের চিকিৎসা-প্রণালীর নিন্দা না করিয়া, হোমিওপ্যাথির প্রকৃত ভাব প্রচার করাই কর্তব্য।

জ্যৈষ্ঠ-৭

১৩। অবস্থা বিশেষে সন্থা চিকিৎসা স্বাভাবিক

কাণ্ডজানবাদিগণ দেখিবেন যে, বিসদৃশ চিকিৎসা যেমন মানুষের স্বাভাবিক দর্শ, অবস্থা বিশেষে সন্থা চিকিৎসাও তদ্রূপ। শীতপ্রধান দেশে, অত্যন্ত শীতে হস্তপদাদির কিম্বা মুখমণ্ডল বা নাসাগ্রভাগের স্পর্শবোধ লোপ হইলে, বরফ দ্বারা ঘর্ষণ করিলে তত্তৎস্থানের চৈতন্য সম্পাদিত হয়। সকলেই জানেন যে, প্রদাহযুক্ত স্থানে উষ্ণ জলের স্বেদ প্রদান করিলে, ঐ স্থানের উষ্ণতা ও ক্ষীতি দূর হয়। যক্ষ্ম-গ্রীহা যখন অত্যন্ত বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হয়, তখন তাহার উপর প্রত্যাগ্রতাসাধক তীব্র ঔষধ দিলে, তাহাতে উহাদের উগ্রতা দূর হয়। ব্রুসাইটিস, নিউমোনিয়া প্রভৃতি রোগে প্রত্যাগ্রতাসাধক মালিশের ঔষধেও ঐরূপ উপকার হয়। কোন স্থান পুড়িয়া গেলে, ঐ স্থান উষ্ণ জলে ডুবাইলে শান্তি হয়, কিন্তু শীতল জল দিলে যন্ত্রণা বাড়িয়া উঠে। চক্ষু উঠিলে যে, চক্ষু লাল বর্ণ, ক্ষীতি ও জল পড়া দেখা যায়, তাহা কষ্টিক লোশন দিলে উপকার হয়; অথচ সহজ অবস্থায় চক্ষুতে কষ্টিক লোশন দিলে চক্ষু লাল হইয়া উঠে। ঐরূপ শত শত দৃষ্টান্ত আছে। এই ভারতবর্ষেরই অত্যন্ত উষ্ণ প্রদেশে বৈশাখ জ্যৈষ্ঠের প্রথর রোদ্রে—দ্বিগ্রহদের সম্মিলনে অনেক লোক তুলতারা জামা গায়-দিয়া, লেপ মুড়ি দিয়া, খুব ঠাণ্ডা বোধ করে।

১৪। প্রভেদভিত্তিক হোমিওপ্যাথি

আর এক দিক দেখুন। কিছুদিন হইতে প্রাচীন পদ্ধতির চিকিৎসকগণ, এমন এক শ্রেণীর “রোগ-নিবারক” চিকিৎসা আরম্ভ করিয়াছেন যে, তাহা দেখিয়া তাঁহাদিগের মতকে—পরিবর্তিত, পরিবর্জিত ও সংশোধিত হোমিওপ্যাথির এডিশন বা সংস্করণ ভিন্ন আর কিছুই বলা যায় না। মহাত্মা জেনার কর্তৃক আবিষ্কৃত গো-বসন্তের টিকা হইয়া মানুষের দিয়া বসন্তরোগ উপশান্তির পথ বন্ধ করা হইয়াছে। অর্থাৎ যে বিবে বসন্তরোগ হয়, হৃদয় মাত্রায় মনুষ্য দেহে সেই বিবে প্রবেশ করাইয়া, বসন্তরোগ নিবারণ করা হইতেছে। মহাপণ্ডিত পাস্তুর, মহাত্মা কক্, পণ্ডিতবর

বেহনিকত্ব ও ভারতবর্ষে অধ্যাপক হাক্কিন জলাতক, বন্দাকান, বিনুচিকা ও মেরের আক্রমণ হইতে মানব সমাজকে রক্ষা করিবার জন্ত, যে রোগের যে বিষ, সেই রোগে সেই বিষের অসীম ক্ষুদ্র মাত্রা দ্বারা রোগ নিবারণের চেষ্টা করিয়া কৃতকার্য হইতেছেন। মের রোগের বত ওষধ অস্ত্রাণি আবিষ্কৃত হইয়াছে, তন্মধ্যে ইয়ারসিনের “লিফ” বোধ হয় সর্বশ্রেষ্ঠ। এই ওষধ আর কিছুই নহে—কেবল মের-বিষ মাত্র। ঐ মের-বিষ হোমিওপ্যাথিক মতে এলকোহল বা চিনির সহিত মিশাইয়া ক্রম প্রস্তুত না করিয়া, বোড়ার শরীরে ঢীকা দিয়া, তদপরে ঐ বোড়ার রক্ত-রস গ্রহণ করিয়া প্রস্তুত করা হয়। ইহা যদি হোমিওপ্যাথি না হয়, তবে আর কি? জলাতক রোগ নিবারণের জন্ত মুহাম্মা পান্ডুর, কিন্তু কুকুরের বিষ খরগোসের শরীরে ঢীকা দিয়া, তাহার কশেরুকা বন্ধ হইতে যে ওষধ প্রস্তুত করিয়া খ্যাতনামা হইয়াছিলেন, তদীয় শিষ্যগণের মধ্যে ইয়ারসিন, হাক্কিন প্রভৃতি ঠিক সেই পদাঙ্গুসরণ করিয়াই মের, বিনুচিকা প্রভৃতি রোগ নিবারণের চেষ্টা করিয়াছেন। ইহাকে প্রিভেন্টিভ হোমিওপ্যাথি নাম দেওয়া অসঙ্গত কি? হানিম্যানের হোমিওপ্যাথি “কিউরেটিভ” বা আরোগ্যকরী, এই সকল পণ্ডিতেরও হোমিওপ্যাথি প্রিভেন্টিভ বা

রোগনিবারণী। আজ হানিম্যান জীবিত থাকিলে, এই সকল প্রিভেন্টিভ হোমিওপ্যাথির শিষ্য পাইয়া তিনি কতই আনন্দিত হইতেন।

১৩। প্রাচীন ভারতে হোমিওপ্যাথি

বসন্তরোগ নিবারণের জন্ত যে মানব-বসন্তের টিকা দেওয়া প্রাচীন কাল হইতে অনুষ্ঠিত হইত, উহাও বিপদ প্রিভেন্টিভ হোমিওপ্যাথি। এই চিকিৎসার বিপদ ছিল বটে, কিন্তু একবার যে ব্যক্তি বিপদ উত্তীর্ণ হইয়া যাইত, তাহার রক্ত এমন ভাবে পরিবর্তিত হইত যে, আর কোন গোবসন্ত টিকা তাহার শরীরে কাজ করিতে পাইত না। সকলেই জানেন যে, সর্পবিষে মানুষ মারা যায়। কিন্তু এই ভারতবর্ষেই অসীম ক্ষুদ্র মাত্রায় সর্প বিষ প্রয়োগ করিয়া, কবিরাজগণ মানুষকে মৃত্যুমুখ হইতে ফিরাইয়া আনেন। এইরূপ সূদৃশ চিকিৎসা ও অসীম ক্ষুদ্র মাত্রা ভারতে অজ্ঞাত ছিল না। কিন্তু হানিম্যানের সঙ্কল্প হইতে হোমিওপ্যাথগণ তাহা জ্ঞাত হইয়া ল্যাকেসিস, ক্রোটেলেস্, নাজা, ইলাপ্স প্রভৃতি ব্যবহার করিয়া একদিকে অসীম ক্ষুদ্র মাত্রার উপকারিতা ও অপর দিকে হোমিওপ্যাথির জয় ঘোষণা করিয়াছেন।

(ক্রমশঃ)

নিউমোনিয়া—Pneumonia.

লেখক—ডাঃ শ্রীবিষ্ণুভূষণ তরুণদাস M. D (Honore L. C.P. S.)

—:~::~:—

স্বাস্থ্য—অনেক পুরুষ, নাম—রাখাল বোষ। জাতী সোণ, বয়সক্রম ১৯২০ বৎসর। চাষের কাজ করে।

পুঙ্খপূর্ণ ইতিহাস :—গত ১৮ই নভেম্বর (১৯২২) রোগীর ঘুম কম দিয়া অর হয়। এই সঙ্গে বৃক্কে বেদনা হইয়া কান্নির সহিত রক্ত উঠিতে থাকে। ইহার পূর্বে কয়েক দিন মাঠে অতিরিক্ত পরিশ্রম করিয়াছিল। রোগীর “পরম” হইয়াছে মনে করিয়া, উহার পিসীমা উহাকে ঠাণ্ডা

দলে স্নান করাইয়া পান্ডাভাত ও পাকা কলা খাইতে দেয়। এই রকম ৭ দিন চলিয়াছিল। ক্রমে যখন রোগী ভুল বক্তিতে থাকে, সংজ্ঞাপূর্ণ এবং তাহার অত্যন্ত শ্বাসকষ্ট উপস্থিত হয়, ডাকিলে সাড়া দেয় না, তখন রোগী বাঁচিবে না মনে করিয়া, রোগীকে রাউন্ডগ্রাসে তাহার ভরির বাড়ী পাঠাইয়া দেয়। রোগীকে গাড়ী হইতে মৃতের ভাষ ধরাধরি করিয়া নামাইয়া শোয়াইয়া দিয়া, রোগীর ভগ্নিপতি আমাকে

ডাকিতে আসে। সে দিন আমি বাড়ী না থাকায় বাইতে পারি নাই; সুতরাং সেদিনও রোগী অচিকিৎসায় থাকে। তৎপরদিন অর্থাৎ ২৬/১১/২৯ তারিখে রোগীকে দেখি।

বর্তমান অবস্থা :—রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম। বর্ণা—

(ক) উত্তাপ ১০৫.৭ ডিগ্রি।

(খ) নাড়ী (Pulse) পূর্ণ, দ্রুত; স্পন্দন সংখ্যা মিনিটে ১৬৫ বার।

(গ) শ্বাসপ্রশ্বাস অগভীর ও কষ্টকর; শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা মিনিটে ৭৮ বার।

(ঘ) উভয় ফুসফুসেই নিউমোনিয়ার চিহ্ন বিদ্যমান। উভয় ফুসফুস পরীক্ষায় সম্পূর্ণ ডালনেস (dullness) ও সুস্পষ্ট ক্রিপিটেশন শব্দ পাওয়া গেল।

(ঙ) সর্ষদা খুঁখুকে কাশি, মধ্যে মধ্যে কাশির সঙ্গে অতি কষ্টে আঠাবৎ গাঢ় ও লাল রক্তমিশ্রিত গয়ের উঠিতেছে। গয়ের পরিমাণ সামান্য।

(চ) বুকে পিঠে অসহ্য বেদনা, বেদনার জন্য রোগী নড়ন চড়ন রহিত; ডাল করিয়া কাশিতে পারে না; সর্ষদা আড়ষ্ট ভাব।

(ছ) অনবরত বিড়বিড় করিয়া প্রলাপ বকিতেছে; ডাকিলে সাড়া দেয় না, কখন বিছানা ধরিয়া টানিতেছে, কখনও বা শুল্লে হস্ত চালনা করিতেছে, কখনও মালা অপিব্যার মত করিতেছে। মধ্যে মধ্যে জননেস্ত্রিয় ধরিয়া টানিতেছে।

(জ) ৪।৫ দিন হইতে দান্ত বন্ধ আছে।

(ঝ) প্রস্রাব দিব্যারাজিতে ২।১ বারের বেশী হয় না।

(ঞ) একদিকের পা প্রায় নড়াইতেছে।

(ট) চকুতারকা প্রসারিত।

(ঠ) জিহ্বা খেত ময়লাবৃত্ত ও কাটা কাটা, গো জিহ্বার স্তায় এবং শুক।

(ড) উদরাগ্রান বর্তমান আছে।

চিকিৎসা :—রোগীর উল্লিখিত অবস্থা দৃষ্টে নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

ফক্ষরাস ৩০ ... ১ মাত্রা;

২। Re.

হায়োসায়ামাস ৩০, ... ৪ মাত্রা;

প্রথমে এক মাত্রা ফক্ষরাস সেবন করাইয়া, তৎপরে

হায়োসায়ামাস প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

পথ্য :—জলসাপ্ত, ডালিম, বেলানা ও ককলা লেবুর রস।

২৭/১১/২৯—অন্ত রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম। বর্ণা—

(ক) উত্তাপ ১০৪ ডিগ্রি।

(খ) শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা ৫৬, উচ্চ কষ্টকর।

(গ) নাড়ীর স্পন্দন মিনিটে ১৩৫।

(ঘ) ভোকাল রেজোনান্স বর্ধিত।

(ঙ) প্লেগ্মা পূর্ববৎ উঠিতেছে।

(চ) বুকে পিঠের বেদনা এবং অত্যন্ত উপসর্গ ও ফুসফুসের ভৌতিক চিহ্নাদি পূর্ববৎ।

(ছ) দান্ত হয় নাই।

ব্যবস্থা :—নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

৩। Re.

হায়োসায়ামাস ৩০, ... ৪ মাত্রা;

প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেবা।

২৮/১১/২৯ প্রাতে :—

(ক) প্রচুর পরিমাণে প্লেগ্মা উঠিতেছে; প্লেগ্মার রক্তের ভাগ কম।

(খ) প্রলাপ, শয্যাবস্ত্রাদি টানা, শুল্লে হস্ত চালনা প্রভৃতি (Subsultus tendinum), এবং অজ্ঞানাবস্থা পূর্ববৎ।

(গ) উত্তাপ ১০৩ ডিগ্রি।

(ঘ) নাড়ী ১৩০।

(ঙ) শ্বাসপ্রশ্বাস ৫১।

(চ) কলা একবার মাত্র শব্দ মলত্যাগ হইয়াছে।

(ছ) ভুল বকা কথঞ্চিৎ কম।

(জ) অন্ত রোগী লোক চিনিতে পারিতেছে।

(ঝ) বুকে পিঠে ও বকুতে অত্যন্ত বেদনা অল্পভব করিতেছে। বেদনার জন্য কাশিতে পারিতেছে না।

(ঞ) প্লেগ্মা রক্তমিশ্রিত ও আঠাবৎ।

(ট) জিহ্বা শুক ও কাটা কাটা এবং খেত ময়লাবৃত্ত।

ব্যবস্থা :—অন্ত নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

৪। Re.

ফক্ষরাস ৩০, ... এক মাত্রা;

• তৎক্ষণাৎ সেবা।

am Re.

হারোসারাবাস ২০০, এক মাত্রা ;

রাত্রে সেবা ।

এতদিন সমস্ত দিনে সেবনের জন্য আনমেডিকটেড পুরিয়া তিনটা দেওয়া হইল । পথ্যাদি পূর্ববৎ ।

৩০।১।২৯ প্রাতে :—অল্প রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম ;

- (ক) উত্তাপ ১০১ ডিগ্রি ।
- (খ) নাড়ী ১১০ ।
- (গ) শ্বাসপ্রশ্বাস ৪০ ।
- (ঘ) ফুসফুসের স্থানে স্থানে ময়েষ্ট রালস (moist mucous rales) এবং সর্কজ ক্রিপিটেন শব্দ পাওয়া যাইতেছে ।
- (ঙ) বুকের ও যকৃতের বেদনা কম ।
- (চ) বেশ জ্ঞান হইয়াছে ।
- (ছ) প্রচুর শ্লেষ্মা উঠিতেছে, মধ্যে মধ্যে শ্লেষ্মার রক্তের চিহ্ন দেখা যায় ।
- (জ) রক্তা তিনবার তরল দান্ত হইয়াছে ।
- (ঝ) হুনিজা হয় নাই, মাঝে মাঝে তন্দ্রার ছায় হয় ।
- (ঞ) তন্দ্রাবস্থায় ভুল বকে, কিন্তু জাগাইলে স্বাভাবিক ভাবে কথা বলে ।
- (ট) অত্যন্ত উপসর্গ তিরোহিত হইয়াছে ।

ব্যবস্থা :—অল্প নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইল :—

৬। Re.

এসিড কন্স ৬০, ... ৪ মাত্রা ;

প্রতি মাত্রা ৬ ঘণ্টান্তর সেবা ।

এতদিন প্রেসিভো ৬ পুরিয়া দিয়া, উহা ২ ঘণ্টান্তর সেবন করাইতে বলিলাম । পথ্যাদি পূর্ববৎ ।

২।১২।২৯ প্রাতে :—অল্প রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

- (ক) উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি ।
- (খ) শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা মিনিটে ২৮ ।
- (গ) নাড়ী ৯৮ এবং উহার অবস্থা প্রায় স্বাভাবিক ।
- (ঘ) ফুসফুসের উপর্যুক্ত বেশ পরিষ্কার হইয়াছে ।
- (ঙ) রক্তবিহীন সাদা তরল শ্লেষ্মা সহজেই উঠিতেছে ।
- (চ) কল্যাণ একবার স্বাভাবিক দান্ত হইয়াছে ।
- (ছ) জ্বর হইয়াছে ; হৃৎ পাইতে অদম্য ইচ্ছা ।
- (জ) ডান দিকের ফুসফুসের নিম্ন প্রদেশে সামান্য রেবনা আছে । কাশিবার সময় বেদনা অল্পভব হয় ।

(খ) জিহ্বা অনেকটা পরিষ্কার ও আর্দ্র হইয়াছে ।

(ঞ) ফুসফুসের স্থানে স্থানে ময়েষ্ট মিউকাস রালস এবং স্থানে স্থানে ক্রিপিটেন শব্দ পাওয়া যাইতেছে ।

(ট) ভুল বকা বা অল্প আর কোন উপসর্গ নাই ।

ব্যবস্থা :—নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইল ;

৭। Re.

ফস্ফরাস ৩০, ... ২ মাত্রা ।

প্রাতে ও রাত্রে সেবা ।

এতদিন প্রেসিভো ৬ পুরিয়া দিয়া, উহা ২।৩ ঘণ্টান্তর সেবন করিতে বলিলাম ।

পথ্য—হৃৎ-সাপ্ত, কমলা ও বেদনার রস ।

৪।১২।২৯ তারিখ পর্যন্ত কোন ঔষধ দেওয়া হয় নাই, কেবল প্রেসিভো দেওয়া হইয়াছিল । ক্রমশঃই রোগীর অবস্থা ভাল দেখা গিয়াছিল ।

৫।১২।২৯ প্রাতে :—অল্প রোগীর অবস্থা নিম্নরূপ দেখা গেল—

- (ক) উত্তাপ স্বাভাবিক ।
- (খ) নাড়ী ও শ্বাসপ্রশ্বাস স্বাভাবিক ।
- (গ) ফুসফুস পরিষ্কার ।
- (ঘ) দুই দিন দান্ত হয় নাই ।
- (ঙ) মধ্যে মধ্যে কাশি হইতেছে এবং কাশির সঙ্গে সহজে সামান্য গয়ের উঠিতেছে ।
- (চ) রাত্রে ঘর্ম হয় ।
- (ছ) রোগী অত্যন্ত দুর্বল ।
- (জ) অল্প কোন উপসর্গ নাই ।

ব্যবস্থা :—অল্প নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

৮। Re.

চায়না ৬, ... ৪ মাত্রা ;

প্রত্যহ দুইবার করিয়া সেবা ।

পথ্য—টোটো পাউরুটি, হৃৎ ও মাছের ঝোল ।

৯।১২।২৯ তারিখে সম্পূর্ণ নিরাময় অবস্থায় রোগীকে অন্ন-পথ্য দেওয়া হইয়াছিল ।

মন্তব্য :—পীড়ার প্রারম্ভে বেরূপ অনিয়ম অত্যাচারে রোগীর অবস্থা সাংঘাতিক হইয়াছিল, তাহাতে অল্পবিধ চিকিৎসার ফল কিরূপ অফলপ্রদ, পরন্তু তাহার ব্যয় বহন কতদূর সম্ভবপর হইত, তাহা বিবেচ্য । অন্ন ব্যয়ে এস্থলে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা রোগীকে যে মৃত্যুপথ হইতে ফিরাইয়া আনিতে সমর্থ হইয়াছে, তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই ।

প্রতিবাদ ও প্রতিবাদের উত্তর

(:~:)

“হামজরে - সালফার” শীর্ষক প্রবন্ধ সম্বন্ধে

প্রতিবাদের উত্তর

ডাঃ-শ্রীরামকিশোর চট্টোপাধ্যায় H. M. B

চেড়াগ্রাম, হুগলী

—:~:—

১৩৩৬ সালের ১ম সংখ্যা (বৈশাখ) চিকিৎসা-প্রকাশের ৫০ পৃষ্ঠায় প্রকাশিত আমার লিখিত “হামজরে সালফার” শীর্ষক প্রবন্ধ সম্বন্ধে গত ১১শ সংখ্যা (১৩৩৬—ফাল্গুন) চিকিৎসা-প্রকাশে আগিয়া (ময়মনসিংহ) হইতে ডাঃ শ্রীযুক্ত রামকিশোর শীল H. M. B. মহাশয় যে প্রতিবাদ করিয়াছেন, নিম্নে তাহার উত্তর প্রদত্ত হইল।

(১) মাননীয় রামকিশোর বাবু প্রঙ্গ করিয়াছেন যে, প্রবন্ধের নাম—হামজরে সালফার দেওয়ার উদ্দেশ্য কি?—উদ্দেশ্য যে কি; তদুত্তরে আমার বক্তব্য এই যে, উল্লিখিত আমার ঐ রোগীকে প্রথমে ব্রাইওনিয়া ৬, ও মার্ভিলিনাম ৩০, পরে পুনরায় ব্রাইওনিয়া ৩০, ও মার্ভিলিনাম ৬, দেওয়া হইয়াছিল। যখন ব্রাইওনিয়া ৬, ও ৩০, শক্তি দেওয়া সবেও কোন উপকার হইল না, তখন কি করিয়া ব্রাইওনিয়ার উপর নির্ভর করিয়া থাকিতে পারা যায়? অধিকন্তু সময় সময় রোগীর অবসন্নাবস্থা আসিতেছিল। রামকিশোর বাবু ঐ স্থলে এন্টিম ফ্রুড্ দিবার যুক্তি দিয়াছেন, কিন্তু তাঁহার নিকট আমার জিজ্ঞাস্তা এই যে, যদি এ্যান্টিম ফ্রুড্ দ্বারা আরোগ্য সাধিত হইত, তাহা হইলে সালফার প্রয়োগে পীড়া আরোগ্যের পথে আসে কেন? সমলক্ষণ স্ত্রে সমলক্ষণ ঔষধ দ্বারা ই আরোগ্য সাধিত হয়—অন্ত ঔষধ দিলে উপকারের আশা করা যায় না। সুতরাং এন্টিম ফ্রুড্ নামোল্লেখ করা বিজ্ঞ চিকিৎসক মহাশয়ের যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় না। মকরধ্বজ ব্যবহারের পূর্বে বরং সালফার ব্যবস্থা করিলে আরও ভাল হইত। মহাশয় ডাঃ চন্দ্রশেখর কালী মহাশয় জটিল হামজরে অন্ত ঔষধে উপকার না পাইলে, সালফার প্রয়োগ দ্বারা উপকার পাইয়া, উহার বিশেষ প্রশংসা করিয়াছেন। আমার ঐ রোগীতেও সালফার প্রয়োগের পরেই, লক্ষণগুলি

ক্রমে ক্রমে অবশ্য হইতে আরম্ভ করিয়াছিল। “লুপ্ত হাম পুনরায় বহির্গত হইল। রোগী সুস্থ হইল, গৃহস্থগণ আনন্দিত হইয়া হোমিওপ্যাথির জয়ধ্বনি করিতে লাগিল” সালফারের এই মুখকর শক্তির জন্তই উহাকে উচ্চাঙ্গন দেওয়া হইয়াছে। যুদ্ধ জয় হইলে সেনাপতিরই নাম হয়—সৈন্তগণের নহে। এই কারণেই, প্রবন্ধের নাম—“হামজরে সালফার” দেওয়া হইয়াছে। উল্লিখিত বিষয়গুলি বিবেচনা করিলে এইরূপ নামকরণ অযৌক্তিক বিবেচিত হইতে পারে না।

(২) রামকিশোর বাবুর দ্বিতীয় প্রঙ্গ উক্ত রোগীকে “মার্ভিলিনাম” প্রয়োগের উদ্দেশ্য কি?—উদ্দেশ্য এই যে, বসন্তরোগে যে উদ্দেশ্যে ভ্যারিওলিনাম, ভ্যাক্সিনাম ব্যবহৃত হয়; হামজরেও “মার্ভিলিনাম” সেই উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হইয়াছে। মার্ভিলিনাম কঠিন হামজরের প্রথম হইতে প্রয়োগ আরম্ভ করিলে, প্রায়ই উহা কঠিনাকার ধারণ না করিয়া, সহজে আরোগ্যের পথে আইসে; ইহা অনেকের মত। সেই জন্তই উহা প্রদত্ত হইয়াছিল। আমি ইহার উপকারিতা অনেক সময় লক্ষ্য করিয়াছি।

(৩) রামকিশোর বাবুর তৃতীয় প্রঙ্গ—উক্ত রোগীতে মকরধ্বজের আশ্রয় গ্রহণ করার উদ্দেশ্য কি? এই সঙ্গে আরও প্রঙ্গ আছে। সকল প্রশ্নেরই উত্তর নিম্নে যথাক্রমে দিতেছি—

(ক) মকরধ্বজ রোগীর অবসন্নাবস্থা উত্তেজকরূপে ব্যবহৃত হইয়াছিল (as a Stimulant)। হোমিওপ্যাথিতে অবশ্য এইরূপ উত্তেজক ব্যবহার নিষিদ্ধ, কিন্তু ডাঃ রডক্ (Ruddock), ডাঃ কিপ্যাক্স (Kepax) প্রভৃতি বিজ্ঞ চিকিৎসকগণ রোগীকে আবশ্যকমত ব্রান্ডি (Brandy), সাম্পেন (Sampen) ব্যবহার করিয়াছেন। আমিও এই পথ অবলম্বনে মকরধ্বজ ব্যবস্থা করিয়াছিলাম।

হোমিওপ্যাথিক ঔষধের শক্তি—জীবনীশক্তির উপর কার্য করে (on vital energy)। মকরন্ধ্বজ ব্যবহারে উক্ত রোগীর ইহা ব্যতীত অনিষ্ট কিছুই হয় নাই। আরও অনেক স্থলে ইহাতে উপকার পাইয়াছি এবং তাহাতে হোমিওপ্যাথিক ঔষধের ক্রিয়ার কোন ব্যাঘাত হয় নাই। ব্যবহারিক অভিজ্ঞতায় যে ঔষধ প্রয়োগে যে স্থলে সফল পাওয়া গিয়াছে, সে স্থলে সেই ঔষধ প্রয়োগ করা আমি দোষের বিবেচনা করিতে পারি নাই। সেইজন্য উহা প্রয়োগ করিয়াছিলাম।

(খ) এ্যাটিম কুডে শীত, ঘর্ম, উত্তাপ, এক সঙ্গে বা পর্যায়ক্রমে হয় (Simultaneously)। হামজ্বরে ইহা কার্যকারী এ কথা সত্য; কিন্তু ঘর্ম দ্বারা রোগীর অবসন্নাবস্থা; দিবাভাগে সমভাব; রাত্রে ঐরূপ, এটিম কুডের যে, এ সকল লক্ষণ আছে; একথা ত কেহ বলেন না। পুরুষ, এটিম কুডের রোগীর ভ্রায় আমার ঐ রোগীর বানসিক ও ধাতুগত (Constitutional) লক্ষণ না থাকায় উহা প্রদত্ত হয় নাই।

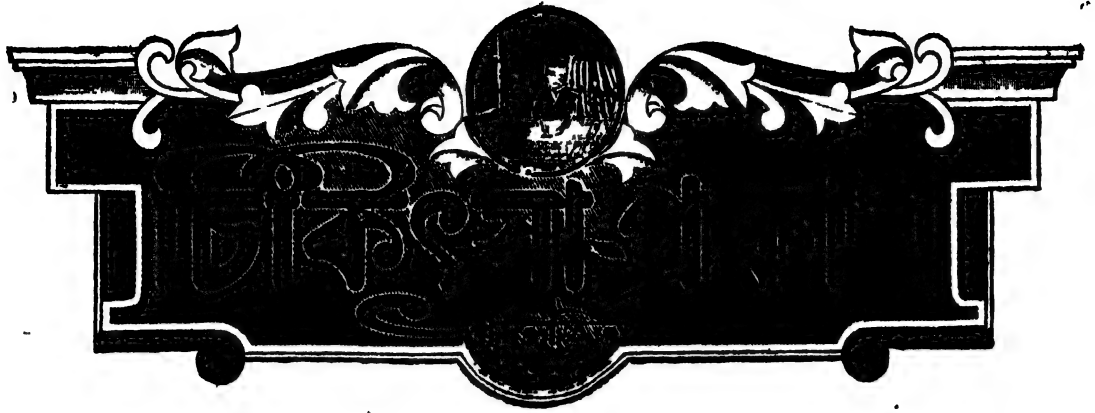
(গ) স্নায়ুকিশোর বাবুর চতুর্থ প্রশ্ন—মকরন্ধ্বজ প্রয়োগের পর আবার ট্রাইওনিয়া প্রয়োগের কারণ কি? এবং প্রতিষেধক ঔষধ ব্যবহার না করিয়াই, ইহা ব্যবহার করা হইল কেন? এতদ্বত্তরে আমার বক্তব্য এই যে,—মকরন্ধ্বজ ব্যবহারের পরে ট্রাইওনিয়া ৩০, ও মার্ক সলও দেওয়া হইয়াছিল, কিন্তু উহা কার্যকারী না হওয়ার, সালফার দেওয়া হইয়াছিল। এখানে সালফার প্রতিষেধকরূপে নির্দোষিত ঔষধ এবং উহা রোগের জটিলতা নিবারক।

আণেনিককে প্রবন্ধের শিরোভাগে স্থাপন না করার উদ্দেশ্য এই যে, যখন আণেনিক দিবার সময় আসিল, তখন যে কোন সামান্য হোমিওপ্যাথ—এমন কি, বাহারা সামান্য ১০/১২টী হোমিওপ্যাথিক ঔষধ গৃহে রাখেন,

তাহারাও সহজে ইহা নির্দ্ধারিত করিতে পারিতেন। তখন ত ইহার ভিতর কোন কঠিনতা ছিল না।

চিকিৎসা-প্রকাশের খ্যাতনামা লেখক সুপ্রসিদ্ধ চিকিৎসক, ডাঃ শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রকুমার দাশ M B, M. C. P, S মহাশয় হোমিওপ্যাথিক ঔষধের সংমিশ্রিত শক্তি প্রচার করার, অনেক প্রতিবাদ উঠিয়াছিল। কিন্তু প্রতিবাদ অপেক্ষা পরীক্ষায় ক্ষতি কি? একপ সংমিশ্রিত ঔষধে আমিও ৩৪টী রোগীতে উপকার পাইয়াছি। প্রোগ চিকিৎসার ডাঃ মেজর ডিন্ প্রথমে ল্যাকেসিসে উপকার পাইয়াছিলেন, তৎপরে তিনি কোব্রা (Cobra or naja) ১ ভাগ ও মিসারিং ৫০০ বা ১০০ ভাগ মিশাইয়া, অধঃস্থচিকিৎসা প্রয়োগ দ্বারা (By hypodermic injection) শতকরা ৭০/৭৫টী রোগীর প্রাণরক্ষা করিয়াছিলেন। ডাঃ রডক্, ডাঃ ইলিস্, ইহাঙ্গ সাংঘাতিক ম্যালেরিয়া জ্বরে কুইনাইন ইঞ্জেকশন অস্বীকৃতি করেন। এরূপ স্থলে আমি ২ পুরিয়া মকরন্ধ্বজ ব্যবহার করিয়া হোমিওপ্যাথির মহাকলঙ্ক করিয়াছি। রাম কিশোর বাবুর তাহাই ধারণা হইল? অজ্ঞানতা করিলেই হোমিওপ্যাথির জাত গেল, ইত্যাদির দোহাই না দিয়া, ধীরভাবে আলোচনা করিলে অনেক নূতন পন্থা আবিষ্কার হইতে পারে। কোন জ্ঞান বিজ্ঞানেরই অন্ত নাই—হোমিওপ্যাথিক শাস্ত্রেরও নাই। চিরজীবন অধ্যয়ন, অধ্যাপনা ও চিকিৎসা ব্যবসাতে রত থাকিলেও, ইহা সম্পূর্ণরূপে আয়ত্ত করা অসম্ভব। এরূপও দেখিয়াছি যে, আণ্ড প্রাণনাশক তরুণ পীড়ায় এলোপ্যাথিক চিকিৎসার মধ্যেও কোন প্রতিষেধক ঔষধ না দিয়াও, নির্দোষিত ঔষধ মাত্র ২ মাত্রা সেবনে রোগী আরোগ্য হইয়াছে। সমলক্ষণ স্বতন্ত্রাধারী সুনির্দোষিত ঔষধের ফল অবশ্যস্বাভাবী। এমন অনেক সময় আসিয়া পড়ে—যখন শাস্ত্রের গতিও অতিক্রম করিতে হয়।

প্রশ্নকর্তার অনেক রকম প্রশ্নের জন্ত আমাকেও অনেক উদাহরণ প্রদান করিতে হইল। ইহা অপেক্ষা আর অধিক বলা নিম্নয়োজন।



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয়
মাসিক পত্র ও সমালোচক

২৩শ ২র্থ

১৩৩৭ সাল-আশ্বাঢ়

৩য় সংখ্যা

বিবিধ

বিপজ্জনক সংমিলন ৩—নাইট্রো-
মিসিরিণের সহিত নাইট্রীক এসিড্ কোনও রকমে মিশ্রিত
হইবামাত্র উহা সপক্ষে বিদীর্ণ হয় এবং ইহাতে নিকটস্থ
ব্যক্তির প্রাণনাশ হইতে পারে। একই আলমারী বা
বাক্সে কদাচও নাইট্রোমিসিরিণ ও নাইট্রীক এসিড্ রাখা
কর্তব্য নহে।

(P. Med. vi. 05.)

দেন। প্রথম কয়েকদিবস রোগীকে কর্পূর সেবনের
সঙ্গে সঙ্গে ক্রমশঃ মাত্রা হ্রাস করতঃ মফি'য়াও দিতে হইবে,
অতঃপর মফি'য়া সেবন বন্ধ করিয়া দিতে হইবে। কর্পূর
সেবনে রক্তের-চাপ (Blood-pressure) বৃদ্ধি পায়
এবং ইহা হৃদপিণ্ডের মাংস পেশীসমূহ সঙ্কুচিত করে।
ইহার ক্রিয়া—মফি'য়ার ক্রিয়ার ঠিক বিপরীত।

(P. Med. vi. 05.)

মফি'য়া সেবন অভ্যাস ত্যাগের
চিকিৎসা ৩—ডাঃ হফ'ম্যান্ মফি'য়ার অভ্যাস ত্যাগ
করণার্থ ক্যাস্কার (কর্পূর) সেবন করিতে দিতে উপদেশ

উৎকৃষ্ট টনিক বা বলকারক
ব্রহ্মণ ৩—হোমিওপ্যাথিক নরভমিকার মাদার টিকার
প্রত্যহ ২ বার করিয়া সেবনে উৎকৃষ্ট বলকারক ক্রিয়া

প্রকাশ পায়। বিবিধ রোগান্ত-দৌর্জল্য নিবারণার্থ ইহা একটা উৎকৃষ্ট ঔষধ। ইহাতে রোগীর ক্ষুধা বৃদ্ধি পায়, রক্ত, বীৰ্য ও বল বর্দ্ধিত হয়। রোগান্ত-দৌর্জল্য, প্রসবাস্তিক দৌর্জল্য, খাতুদৌর্জল্য, অগ্নিদোষ ইত্যাদি বিবিধ দৌর্জল্য রোগে বাঞ্জারের বাজে টনিক ঔষধ বা সূরা না খাইয়া, এই সামান্য ঔষধটী ব্যবহার করিলে, ইহার ক্রিয়া দেখিয়া মুগ্ধ হইতে হইবে।

মাত্রা :—৪ বিন্দু ঔষধ ১ কাঁচা পরিমাণ শীতলজল সহ একবার সকালে ও একবার বৈকালে সেব্য। এই ব্যবস্থাটী বহুল পরীক্ষিত। (Dr. N. Dass.)

শিশুদের পুরাতন একজিমা :-
মাথায় পুরাতন একজিমা রোগের জন্ত নিম্নলিখিত ব্যবস্থা পত্রখানির—ডাঃ গুমেকার বিশেষ প্রশংসা করেন। বিশেষতঃ শিশুদের মাথায় যে পুরাতন একজিমা হয়, তাহাতে ইহা মস্তকের মত কার্য্য করিয়া থাকে। যথা :—

Re.

ক্রিয়োজোট	...	৮ মিনিম।
হাইড্রোক্স ক্লোরাইড্ মিটল্	...	১০ গ্রেণ।
ক্যান্ডর	...	১০ গ্রেণ।
জিঙ্ক অক্সাইড্ মলম	...	১/২ আউন্স।
অয়েল অলিভ্	...	এড্ ৩ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া মলম প্রস্তুত করতঃ একজিমায় দিবসে ২/৩ বার লাগাইতে হইবে।

(Jour. Ame. Med. Assn.)

পাঁকুই বা হাজাশ ইউক্যালিপ্টাস্ অয়েল :-হাতে বা পায়ে পাঁকুই বা হাজা (Chilblains) হইলে, তাহাতে তুলির দ্বারা পুনঃ পুনঃ অয়েল্ ইউক্যালিপ্টাস্ লাগাইয়া দিলে সত্ত্বর আরোগ্য হইয়া যায়। ইহাতে অনতিবিলম্বেই বস্ত্রণা ও চুলকানীর উপশম হইয়া থাকে। (P. Med. vi. 05.)

স্নায়ুশূল রোগে কুইনাইন :-স্নায়ুশূলের (Neuralgic pain) অসহ্য যন্ত্রণা, কুইনাইন সেবন দ্বারা সত্ত্বর উপশম হইতে দেখা গিয়াছে বিশেষতঃ, যে সকল স্নায়ুশূল নিয়মিত সময়ে বা নির্দিষ্টকালে যথানিয়মে প্রকাশ পাইয়া থাকে এবং ম্যালেরিয়াজনিত স্নায়ুশূলে—কুইনাইনের মত উৎকৃষ্ট ঔষধ আর নাই।

(The Alkaloid clinic.)

আমাশয় রোগে শীতল জলের পিচ্কারী :-ডাঃ টাটল্ বলেন যে, আমাশয় রোগে শীতল জলের পিচ্কারী প্রয়োগ করিলে (সরলায় পথে), ঔষধাদি অপেক্ষা কম ফল পাওয়া যায় না; অনেক ক্ষেত্রে ইহাতে ঔষধাদি অপেক্ষাও অধিকতর ভাল ফল পাওয়া গিয়াছে।

(Ther. Gaz.)

রক্তোঃরোধে স্পিরিট্ এমন্ এরোমেট্ :-জীলোকদের ঋতুজ্বাব বন্ধ হইয়া থাকিলে অথবা বিলম্বিত ঋতুতে স্পিরিট্ এমন্ এরোমেট্ ২০।৩০ মিনিম্ মাত্রায় কিঞ্চিৎ মিষ্ট জলসহ দিবসে কয়েকবার সেবন করিলে, স্বন্দর উপকার পাওয়া যায় বলিয়া অনেকে স্বীকার করেন।

(Pract. Med. vi. 05.)

পদশূলের বর্ষা নিবারণার্থ ফর্মালিন্ ডিহাইড্ :-দেখা যায়,অনেকের পদশূল অত্যন্ত বর্ষাক্ত হয় এবং সেজন্ত অত্যন্ত অসুবিধা বোধ করেন। এরূপ স্থলে ১ ড্রাম ফর্মালিন্ ডিহাইড্, ১ কোয়ার্ট্ জলে মিশ্রিত করতঃ, প্রত্যহ ১০ মিনিট কাল তদ্ব্যবধি পদশূল ডুবাইয়া রাখিয়া 'ফুট্-বাথ্' দিলে, কয়েকদিবস মধ্যেই ইহা নিবারিত হয়।

(Pract. Med. vi. 05.)

শ্বেতপ্রদর রোগে ইঞ্জেক্সনঃ— ডেন্টয়েড্ (উর্দ্বাহর পেশী) অথবা মূটায়াল (নিভধ) অধুনা, স্ত্রীলোকদের বিবিধ জরায়ুঘটিত পীড়ায়, পেশীমধ্যে যথা নিয়মে ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেক্সন বিশেষতঃ— শ্বেতপ্রদর রোগে বিশোধিত গো-দুগ্ধ পেশীমধ্যে ইঞ্জেক্সন দিয়া আশাতীত উপকার পাওয়া যাইতেছে। ইহাতে রোগীর রক্তের শ্বেত-কণিকা সমূহের যথেষ্ট সংখ্যা বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়।

মাত্রা :—১, ৪ -১ সি, সি।

প্রয়োগ প্রণালী :—১/৪—১ সি, সি, টাটকা গো দুগ্ধ লইয়া ছাঁকিয়া লইবে এবং পরিকৃত টেষ্টটীউবে লইয়া, স্পিরিট ল্যাম্পের উত্তাপে স্ফুটীত করতঃ, শোধন করিয়া লইবে। ইহা শোধিত পিচ্কারীতে লইয়া

অল্পমাত্রায় আরম্ভ করিয়া ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধি করিবে। কোন প্রতিক্রিয়া প্রকাশ না পাইলে, ১—২ দিন অন্তর ইঞ্জেক্সন দিবে।

কদাচিৎ জরীয় উত্তাপ বৃদ্ধি দ্বারা সার্বাঙ্গিক প্রতিক্রিয়া প্রকাশ পায় ও উহা ২১ দিনেই সারিয়া যায়। প্রতিক্রিয়ায় লক্ষণ তিরোহিত না হওয়া পর্য্যন্ত দ্বিতীয় ইঞ্জেক্সন নিষিদ্ধ।

(Dr. N. Dass.)



পৌনঃ পুনিক-জ্বর—Relapsing Fever.

লেখক—সার্জেন এইচ, এন, চাটার্জি B.Sc. M. D. P. H

Late of his Majesty's Royal Naval H T.

and Mercantile marine service—China, Japan, Newyork, Durban etc.

—:o:—

নামান্তরঃ—ফেব্রিস্-রেকারেন্স (Febris recurrens); টীক্-ফিভার (Tick fever); ফেমিন্-ফিভার (Famine fever—ভুর্ভিক্ জ্বর); সাপ্তাহিক-জ্বর ইত্যাদি।

সম্প্রদায়ঃ—৫৬ দিন স্থায়ী এবং ৫৬ দিন স্তব্ধ থাকিবার পর পুনরায় হঠাৎ জ্বরাক্রমণশীল বিশেষ সংক্রামক ও অবিরাম জ্বরকে “রিল্যাপ্-সীং-ফিভার” বা

“পৌনঃ পুনিক জ্বর” বলা হয়। এই জ্বর পুনঃ পুনঃ আক্রমণ (রিল্যাপ্-স) করে বলিয়াই—ইহাকে “রিল্যাপ্-সীং” নাম দেওয়া হইয়াছে।

এই তরঙ্গ জ্বর প্রথমতঃ প্রকাশ পাইয়া অবিরাম জ্বর রূপে (বিচ্ছেদ হয় না) ৫৬ দিন স্থায়ী হয়; অন্তঃপর জ্বর ত্যাগ হইয়া রোগী ৬৭ দিন বেশ স্তব্ধ থাকিবার পর পুনরায় জ্বর তরঙ্গরূপে প্রকাশ পায় ও ৫৬ দিন থাকিয়া।

বিরাম হয়। এইরূপ ভাবে এই জর ১—৪ বার অথবা ততোধিকবার প্রকাশ পাইতে পারে এবং প্রতিবারেই ৫/৬ দিনের বেশী স্থায়ী হয় না। জর বিরাম অবস্থায় ৫/৬ দিন থাকিবার পরই পুনরাক্রমণ হইয়া থাকে। ইহাই এই জরের নিয়ম। তৎকাল জর সংক্রামক এবং ইহা প্রায়ই জন-পদ-ব্যাপক (এপিডেমিক) রূপেই প্রকাশ পাইয়া থাকে।

কারণ-তত্ত্ব

পূর্ববর্তী কারণঃ—পৌনঃপুনিক জর ব্যাপক ও সংক্রামকরূপেই সাধারণতঃ প্রকাশ পাইয়া থাকে। তবে কখনও কখনও ইহা সাধারণ ভাবেও প্রকাশ পাইতে পারে। সাধারণতঃ বেথানে জনতা অধিক এবং সাতিশয় দারিদ্র্য সেইখানেই এই জর অধিকতর ভাবে বিস্তৃত হইয়া পড়ে। অতিরিক্ত ময়লা, অত্যন্ত জনতা এবং দূর্ভিক্ষ এই জর বিস্তারের বিশেষ সাহায্য করিয়া থাকে।

অন্যদেখে এই জর জেলখানার কয়েদী, পুলিশ হাঁসপাতাল, চা' বাগানের ও জুট মিলের কুলী বস্তীর মধ্যে প্রায়ই বহুব্যাপকরূপে প্রকাশ পাইতে দেখা যায়।

এই জর সংক্রামক। ইউরোমিয়া (মুক্তকঙ্ক), মুচ্ছা, ফুসফুস প্রদাহ (নিউমোনিয়া), শ্বাসনলী প্রদাহ, উদরায় প্রভৃতি দুর্দম্য উপসর্গ ও আত্মবক্ষীক পীড়ার দ্বারা এই রোগে, রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। নচেৎ উপসর্গ বিহীন রিলাপসীং ফিভার মারাত্মক নহে; কিছু কষ্টদায়ক।

ঋতুঃ—পর্যালোচনা দ্বারা জানা গিয়াছে যে, এই জর শীতঋতুতেই অধিক দেখা যায়। অন্য ঋতুতে ইহার প্রকোপ বেশী দেখা যায় না। শীতকালে সাধারণতঃ, দোকান একত্রে থাকিতে ভাল বাসে; বিশেষতঃ—দরিদ্র দোকানের অনেকে মিলিয়া একই ঘরে—এমন কি, একই শয্যা শয়ন করে; পার্শ্বতা জাতীয়েরা আবার গৃহমধ্যে আত্মগোপন জালাইয়া রাখে। এই সকল অবস্থার কারণেই

সম্ভবতঃ রিলাপসীং ফিভার এই ঋতুতেই সাধারণতঃ দেখিতে পাওয়া যায়। কয়েদী, মিল ও চা বাগানের কুলীদের মধ্যে এই কারণেই রিলাপসীং ফিভারের আধিক্য দেখা যায়। দার্জিলিং এর নিকটবর্তী চা' বাগান সমূহে এই জর প্রায়ই দেখা যায়।

বয়স ও জাতীঃ—আলোচনা ও পরীক্ষার দ্বারা জানা গিয়াছে যে, এই জর সাধারণতঃ ১৫—০ বৎসর বয়স্ক যুবকের মধ্যেই, অধিক ভাবে দেখা যায় এবং এই বয়সের স্ত্রী জাতী অপেক্ষা এই বয়সের পুরুষদের মধ্যেই এই পীড়া প্রায় তিনগুণ অধিক দেখিতে পাওয়া যায়। এই বয়সের যুবকের অনেকে একত্রে থাকিতে ভালবাসে; সম্ভবতঃ যুবকদের মধ্যে পীড়াধিক্যের ইহা একটা অন্ততম কারণ। শ্রমিকদের অনেকে একত্রে এবং অবস্থাস্থির রূপে বসবাস - এই পীড়া প্রকাশের একটা অন্ততম প্রধান কারণ।

উদ্দীপক কারণ

জীবাণুঃ—এই জরের উদ্দীপক কারণ অথবা এই জরোৎপত্তির উদ্দীপক জীবাণু—“স্পাইরোচেটা” নামক একপ্রকার পরাঙ্গ-পুষ্ট উদ্ভিজ্জ জীব। এই জরাক্রান্ত ব্যক্তির জরকালীন রক্ত লইয়া অমুবাীক্ষণ বস্তু দ্বারা পরীক্ষা করিলে, তন্মধ্যে “স্পাইরোচেটা” নামক অতি ক্ষুদ্র কুণ্ডলাকৃতি উদ্ভিজ্জ জীববিশেষ দৃষ্ট হয়। জরকালীন রোগীঃ রক্তমধ্যে এই সকল জীবাণু বহুল পরিমাণে বংশ বিস্তার করিয়া থাকে; সুতরাং জরকালীন রক্ত লইয়া পরীক্ষা করিলেই, এই সকল জীবাণু দেখা যায়; কিন্তু জর বিরামকালে এই সকল জীবাণু রক্ত-মধ্যে আদৌ থাকে না। জরাক্রমণের কয়েকঘণ্টা পূর্বে ইহাতেই উহারা দেখা দিতে আরম্ভ করে। এই রোগোৎপাদক জীবাণু রোগাক্রান্ত ব্যক্তি হইতে অপর ব্যক্তিতে ছারপোকা, উকুন, নাটাল্ নামক এক প্রকার মাছি ইত্যাদি দ্বারা নীত হইয়া থাকে।

কিঞ্চদে পীড়া সংক্রামিত হয় ?ঃ—ছারপোকা, উকুন, নাটাল প্রভৃতির দংশন দ্বারা জীবাণু

মৈত্রিকবিম্বী পথে রক্ত প্রবাহে নীত হয় এবং উহা ক্রমশঃ রক্তস্রোতে বংশ বিস্তার করিতে থাকে। ইহার কতিপয় দিবস পরেই, প্রথম জরের আক্রমণ প্রকাশ পায়। দেখা গিয়াছে, কখন কখন প্রথমবার আক্রমণের পর রোগীর আর জ্বর হয় নাই; কিন্তু ৪০ দিন হইতে ছয় মাসের মধ্যেই পুনরাক্রমণ হইতে দেখা গিয়াছে ও রক্তমণ্ডে প্রচুর পরিমাণে “স্পাইরোচেটা” পাওয়া গিয়াছে।

ক্রাইসিসের সময়ে অথবা তাহার অব্যবহিত পরেই সহসা হিমাক্ত অবস্থা উপস্থিত হইয়া মৃত্যু হওয়া অসম্ভব নহে। সুপ্রোরেনাল গ্রন্থির ক্রিয়া বৈলক্ষণ্য বা স্রাবণের অভাব হেতুও মৃত্যু হইতে পারে। সাধারণতঃ বিবিধ উপসর্গ—যথা, প্রীহা বিদীর্ণ হওয়া, ফুসফুস প্লাম, জন্পিণ্ডের পীড়া ইত্যাদির দ্বারাই মৃত্যু উপস্থিত হইয়া থাকে।

লক্ষণাবলী ১ঃ—গুণাবস্থা ২-২ দিবস। সাধারণতঃ ৫-৮ দিন। এই সময়ে প্রায়ই কোনও লক্ষণাদি বর্তমান থাকে না। কদাচিৎ ২৩ দিন আগে শিরঃপীড়া, ক্ষুদ্রামাশা, আলস্ত প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে।

কিরূপে পীড়া আশ্রয় প্রকাশ করে ? ১ঃ—এই পীড়ার আক্রমণ সহসা প্রকাশ পায় এবং তৎসহ শীতবোধ, শিরঃপীড়া, পৃষ্ঠদেশে, উরু এবং সন্ধিসমূহে বেদনা ও কামড়ানি বর্তমান থাকে। দৈহিক উত্তাপ অতি সত্ত্বর ১০০° বা ১০৪° ডিগ্রী পর্যন্ত বৃদ্ধি পায়। নাড়ীর গতি খুব দ্রুত, প্রতি মিনিটে ১১০—১২০ বার স্পন্দিত হয়; বদনমণ্ডলে রক্তাধিক্য; উদরের এপিগ্যাস্ট্রিক প্রদেশে বেদনা; বিবমিষা, বমন ইত্যাদি লক্ষণ—বর্তমান থাকিতে দেখা যায়।

৫৬ দিন পর্যন্ত এই উত্তাপাধিক্য বর্তমান থাকে; তবে প্রায়ই এই উত্তাপ ৪ ডিগ্রী পর্যন্ত হ্রাস পাইয়া পুনরায় যথা নিয়মে বর্দ্ধিত হয়। এই সময়ে—বিবমিষা ও বমন প্রকাশ পায়; গাত্র-বক্ সাধারণতঃ শুষ্ক এবং উষ্ণ হয় কিন্তু তৎসহ কখন কখন গাত্র চর্ম হরিদ্রাভ দেখা যাইতে পারে। কখন কখন গাত্র চর্ম হরিদ্রাভ

বর্ণের হইতে পারে। অধিকাংশ রোগীতেই উদরায়ন বর্তমান থাকে; কিন্তু কোষ্ঠবদ্ধতাও অনেক স্থলে দেখিতে পাওয়া যায়। প্রায়ই রোগীর নাসিকা হইতে রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়; আন্ত্রিক রক্তস্রাব, দস্তমাজী হইতে রক্তপাত, চক্ষুর অভ্যন্তরে রক্তস্রাব এবং কর্ণভ্যন্তর হইতে রক্তস্রাব হওয়াও আশ্চর্য্য নহে। শ্বাসরোধ ও রক্ত-মূত্র কদাচিৎ দেখা যায়; কিন্তু চর্মভ্যন্তর ও জরায়ু হইতে প্রবল রক্তস্রাব হইতে অনেকস্থলে দেখিতে পাওয়া যায়। কশি সহ ব্রহ্মাটাই, দ্রুত নাড়ীর গতি এবং শ্বাসপ্রশ্বাস; সন্ধি ও পেশীসমূহে বেদনা প্রায়ই বর্তমান থাকে। কখন কখন দুর্দ্দম্য প্রলাপ (রোগী শয্যা হইতে উঠিয়া পলায়নের চেষ্টা) এবং কদাচিৎ তন্ত্রালুভাব বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। বক্ষঃস্থলে, উদর প্রদেশে এবং পদশাখায় গোলাপীবর্ণের একপ্রকার ইরাপ্‌সন্ বা কুণ্ড (দানা) প্রকাশ পাইতে পারে; ইহা ২১ দিনের বেশী স্থায়ী হয় না। কখন কখন “হাঙ্গস”ও (আপনা হইতেই উদ্গত জল পূর্ণ ফোঁকা বিশেষ) প্রকাশ পাইয়া থাকে। প্রীহা ও যকৃৎ বিবর্দ্ধিত ও কোমল হয়। মূত্র গাত্র বর্ণের হয় এবং রাসায়নিক পরীক্ষায় এতদ্ব্যতীত অঙলালা (এলবুমেন) বর্তমান আছে জানা যায়। এই পীড়ার রোগীর অতিদ্রুত রক্তশূন্যতা উপস্থিত হয়। রক্তপরীক্ষায় হীমোগ্লোবিনের অভাব, লিউকোসাইটোসিসের বৃদ্ধি এবং “স্পাইরোচেটা” নামক উদ্ভিদ জীবাণুর অবস্থান দৃষ্ট হয়।

৬ষ্ঠ বা ৭ম দিবসে প্রচুর ঘর্ম হইয়া ক্রাইসিস দ্বারায় উত্তাপ দ্রুত হ্রাস হইতে থাকে এবং ২১ ঘণ্টার মধ্যেই রোগীর উত্তাপ স্বাভাবিক হইয়া রোগী সুস্থ হইয়া উঠে। প্রীহা ও যকৃৎও দ্রুত স্বাভাবিক অবস্থায় আসে এবং রোগী সত্ত্বর বল লাভ করে।

কদাচিৎ এই জ্বর একবার আক্রমণের পর আর প্রকাশ পায় না। সাধারণতঃ রোগী ৬৮ দিন বেশ সুস্থ থাকে এবং প্রথম আক্রমণের জ্বর সমস্ত লক্ষণ ও উপসর্গাদি সহ পীড়ার পুনরাক্রমণ প্রকাশ পায়। কখন কখন

পুনরাক্রমণে (Relapse) পীড়ার প্রকৃতি প্রথমাক্রমণ অপেক্ষা অধিকতর প্রবল হয়—কিন্তু প্রায়ই ইহা প্রথমাক্রমণের জায়গাই হইয়া থাকে এবং ইহাতে পীড়া মাত্র ৩/৪ দিন স্থায়ী হইবার পরই প্রথম ধারের জায় ক্রাইসিস দ্বারা অরম্ভ হয় ও সমস্ত লক্ষণাবলী অন্তঃস্থ হইয়া যায়। কখন কখন ২, ৩, ৪ বা ততোধিক বার পুনরাক্রমণ হইতে পারে এবং প্রত্যেকবারেই অরম্ভের পর রোগী ৬/৭ দিন বেশ স্থূল থাকে।

৪র্থ পুনরাক্রমণের পর আর রিলাপ্‌স্ বা আক্রমণ প্রায়ই দেখা যায় না।

কখন কখন সহসা উত্তাপ বৃদ্ধি না পাইয়া ক্রমশঃ ধীরে ধীরে উত্তাপ বৃদ্ধি পাইতে পারে এবং তৎসহ বাতবেদনার জায় সর্বত্রই বিশেষতঃ সন্ধি ও পেশীসমূহে বেদনা, শিরঃপীড়া ও কোষ্ঠবদ্ধতা বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। এই উত্তাপ কখন কখন অনিয়মিতও হইতে পারে এবং ধীরে ধীরে হ্রাস পাইয়া লাইসিস দ্বারা অরম্ভ হইতে পারে। এই জ্বরের গ্ৰীহা অতিদ্রুত বর্ধিত হইয়া থাকে, ইহা স্মরণ রাখিতে হইবে।

মেনিজিয়াল্ বা মস্তিষ্কের দ্বাৰা কেন্দ্রীয় লক্ষণাবলী খুব স্পষ্ট হইতে পারে; যথা—প্রবল শিরঃপীড়া, গ্রীবাদেশের পেশী সমূহের আড়ষ্ট ভাব এবং মানসিক বিভ্রম ইত্যাদি লক্ষণসমূহ দেখা যায়।

দ্বিতীয় এবং পরবর্তী আক্রমণে জ্বরের ভোগকাল প্রথম বার অপেক্ষা অনেক হ্রাস হইয়া যায়। সচরাচর ক্রমবর্ধন বা পীড়াভ সবুজ বর্ণের তরল কিম্বা গাঢ় পিত্ত বমন হইয়া থাকে। রক্তমূত্র অথবা বোর লোহিত বর্ণের প্রস্রাব এবং বারে ও পরিমাণে অতি অল্প হইয়া থাকে। কোন কোন রোগীর ৪র্থ দিবসে জড়িস্ বা পাণ্ডুরোগ দেখিতে পাওয়া যায়। গর্ভবতী স্ত্রীলোকের এই পীড়া হইলে গর্ভপাত হইবার বিশেষ সম্ভাবনা।

এই জ্বরে গাঢ় গুটীকা বা ইরাপ্‌শন নির্গমন সম্বন্ধে ভিন্ন ভিন্ন চিকিৎসকের ভিন্ন ভিন্ন মত দেখা যায়। কেহ বলেন, গুটীকা নির্গমন হয় এবং সেইজন্য এই পীড়ার

সহিত প্রথমাবস্থায় টাইফয়েড্ পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। আবার কেহ বলেন যে, ইহাতে আদৌ গুটীকা নির্গমন হয় না।

রোগ নির্ণয় ৪—লক্ষণাদি বিশেষভাবে আলোচনা ও পরীক্ষা করিয়া, এই পীড়াকে ম্যালেরিয়া, ডেঙ্গু, মসুরিকা (বসন্ত), ইনফ্লুয়েঞ্জা এবং পীতজ্বর হইতে পৃথক্ করিতে হয়। প্রেরুরোগের প্রাথমিক লক্ষণাদির সহিত এই পীড়ার ভ্রম হওয়া আশ্চর্য্য নহে। ডাঃ ক্রাকো বলেন যে, এই পীড়ার লক্ষণাবলীর সহিত পীতজ্বরের লক্ষণাবলীর এত অধিক সামঞ্জস্য আছে যে, সহসা রোগ নির্ণয় করা কঠিন হয়।

বিবর্ধিত গ্ৰীহা থাকায় এই জ্বরের সহিত বসন্ত রোগের ভ্রম হওয়া উচিত নহে। বসন্ত রোগে গ্ৰীহার বৃদ্ধি হয় না। পীতজ্বর, ডেঙ্গু, ইনফ্লুয়েঞ্জাতেও রোগীর গ্ৰীহা বিবর্ধিত হয় না—কিন্তু রিলাপ্‌স্ ফিডারে রোগীর গ্ৰীহা দ্রুত বিবর্ধিত হয়। ইহা একটা বিশেষ লক্ষণ।

দ্বায়মণ্ডলীর লক্ষণাবলীর প্রাবল্য রহিলে, তজ্জালুভাব, গাঢ় রংএর গুটীকা নির্গমন ইত্যাদি লক্ষণাদির দ্বারা টাইফয়েড্ রোগের সহিত ইহার ভ্রম হইতে পারে। শৈত্যিক লক্ষণযুক্ত পোনঃপুনিক জ্বরের সহিত উইনস্ পীড়ার ভ্রম হওয়া অসম্ভব নহে।

অনুবীক্ষণ যন্ত্র সাহায্যে রোগীর জরকালীন রক্ত লইয়া পরীক্ষায় তন্মধ্যে “স্পাইরোচেটা” নামক পরজীবু উদ্ভিদ-জীবাণু পাওয়া গেলে, নিঃসন্দেহে এই পীড়া হইয়াছে বলিয়া, মত প্রকাশ করা যায়।

উপসর্গ ও আনুষঙ্গিক পীড়া ৫—

এই রোগে শ্বাস-যন্ত্রের উপসর্গই বিশেষ কঠিন উপসর্গ। নিউমোনিয়া বা ফুস্‌ফুস্ প্রদাহ অতি সাংঘাতিক উপসর্গ। ত্রংকাইটিস্ এবং প্লুরিসি এই পীড়ার আনুষঙ্গিক পীড়ারূপে প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায়। অনেক রোগীতে আমাশয় উপসর্গরূপে প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। কখন কখন এই রোগে গ্ৰীহা আপনা হইতেই বিদীর্ণ হইয়া যায়; আবার কখনও বা প্রবল প্রলাপকালীন সহসা শয্যা

হইতে উঠা ইত্যাদি কারণে হঠাৎ আঘাত লাগিয়াও প্রীহা বিদীর্ণ হইতে পারে। কদাচিৎ প্রীহায় ফোটক হইবার সংবাদও পাওয়া গিয়াছে। এই পীড়ায় জড়িস্ বা পাণ্ডু রোগ প্রকাশ পাইলে রোগীর যে কোনও দেহ-বিধান (টীও, মধ্যে রক্তস্রাব হইতে পারে। মস্তিষ্ক বিধান মধ্যেও রক্তস্রাব হইতে পারে। অরাক্রমণের সময়ে ‘হৃদ-শূল’ (এঞ্জাইনা) অনেক সময়ে দেখা যায়। হৃদযন্ত্রের বিকার বা নেফ্রাইটিস্ (বৃক্কযন্ত্রের পীড়া) জন্ম শোধ দেখা যাইতে পারে। কেহ কেহ বলেন, পোনঃপুনিক জ্বরের শোধ, খাওয়া হইতে ‘খাত্ত-প্রাণ’ বা “ভিটামিনের” অভাব বা হ্রাস জন্ম প্রকাশ পাইয়া থাকে।

ভাবীফল ২—উপসর্গবিহীন পোনঃপুনিক জ্বরের ভাবীফল তেমন খারাপ নহে। স্থানভারসন্ চিকিৎসার পূর্বে এই রোগে ২—৫% লোক মারা যাইত। চীন দেশে এই রোগে প্রায়ই শতকরা ২৫—৪০ জন রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

গত ১৯১২—১৩ সালের জনপদবাপী পোনঃপুনিক জ্বরে, ভারতবর্ষ ও চীনদেশে শতকরা প্রায় ৭০—৮০ জন রোগীর মৃত্যু হইয়াছিল। স্থানীয়দের বন্ধুৎ এবং দুর্বল হৃদপিণ্ড এই পীড়ায় অত্যন্ত অন্তর্ভুক্ত ভাবীফল আনয়ন করে। প্রবল পাণ্ডুরোগ প্রকাশ পাইলে রোগীর ভাবীফল নিতান্ত অন্তর্ভুক্ত হয় এবং ইহাতে শতকরা প্রায় ৪০ জন রোগীর মৃত্যু হইয়া থাকে। যতরকম উপসর্গ আছে তন্মধ্যে নিউমোনিয়াই অতি সাংঘাতিক উপসর্গ; ইহাতে সাধারণতঃ শতকরা ৩৫—৪০ জন রোগীর মৃত্যু হয় এমন কি ৭০ জনের মৃত্যু হওয়াও অসম্ভব নহে। শিশুদের এই পীড়া হইলে প্রায়ই কোনও উপসর্গ থাকে না; ফলে, তাহাদের মধ্যে মৃত্যু সংখ্যা অত্যন্ত কম; নাই বলিলেই হয়। উপসর্গাদি বর্তমান না থাকিলে অধিকাংশ রোগীই আরোগ্যলাভ করিয়া থাকে।

শব্দ-স্ব্যবচ্ছেদ ৩—এই রোগে মৃতদেহ ব্যবচ্ছেদ করিলে, সচরাচর প্রীহা বিবর্জিত ও কোমল দৃষ্ট হয়। বন্ধুৎ ও বৃক্কযন্ত্র ধূসরবর্ণ বিশিষ্ট ও ক্ষীণ বলিয়া মনে হয়।

চর্ম পাণ্ডুবর্ণ ও কোন কোন স্থলে শৈথিল্যবিশীর্ণ নিরে ঘনবটী সকল দৃষ্ট হয়।

• চিকিৎসা

প্রতিষেধক চিকিৎসা ১—ময়লা ও হৃর্তিক দ্বারা এই রোগের সৃষ্টি; সুতরাং ময়লা ও হৃর্তিক হইতে নিজেকে রক্ষা করিতে হইবে। মশা, উকুন, ছারপোকা, টীক্স প্রভৃতির দংশন হইতে দেহকে রক্ষা করিবে। কীটনাশক ঔষধ যথা—“ফিলিট্”, “কিন-ক্লাই” ইত্যাদির দ্বারা এই রোগ-বাহক-জীবগুলিকে ধ্বংস করিবে; মশারী ব্যবহার করিবে। রোগীর মল, মূত্র, দস্তম্বাড়ীর স্রাব ইত্যাদির দ্বারাও রোগবীজ সূক্ষ্মদেহে প্রবিষ্ট হইয়া থাকে। এই সকল স্রাব অতি সাবধানতার সহিত জীবাণুনাশক ঔষধ মিশ্রিত করতঃ ফেলিয়া দিবে।

ঔষধীয় চিকিৎসা ২—স্থানভারসন্, নিও-স্থানভারসন্, নভ-আসেনোবিলোন, সালফাসেনোল ইত্যাদি এই রোগের অব্যর্থ ঔষধ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে। এই ঔষধগুলির যে কোনও একটা অতি অল্প মাত্রায় (১ম ডোজ্) যথানিয়মে বিশোধিত পরিস্রুত জলে অথবা রি-ডিষ্টিল্ড ওয়াটারে দ্রব করতঃ শিরাপথে ইঞ্জেক্সন্ দিতে হয়।

‘সালফাসেনোল’ নিতম্বের পেগীতে ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেক্সন্ দেওয়া যাইতে পারে। জর কমিবার সময়ে প্রথম ইঞ্জেক্সন্ এবং জর মগ্ন হইবার ৩৪ দিন পরে আর একটা ইঞ্জেক্সন্ দিলেই সাধারণতঃ যথেষ্ট হয়; তবে আবশ্যকবোধে আরও ২১১টা ইঞ্জেক্সন্ দেওয়া যায়।

এই পীড়ায় অনেকে এন্টিমনির প্রয়োগরূপ ইঞ্জেক্সন্ দিতে উপদেশ দেন, কিন্তু তাহাতে আশাশূন্য উপকার পাওয়া যায় না।

অত্যধিক জরীয় উত্তাপ হ্রাস করণার্থ শীতলজলের স্পঞ্জিং বেশ উপকারী। শিরঃপীড়া; উরু ও সন্ধির বেদনা উপশম করিবার উদ্দেশ্যে এম্পিরিন্ ব্যবহার করা যায়। এতদ্ব্যতীত ৫ গ্রেণ এম্পিরিন্ ও ৪ গ্রেণ কেফিন্ সাইট্রাস্ একত্র

অথবা “কেফি-এম্পিরিণ” এর বটিকা ২।১টী চর্কন করিয়া খাইয়া ১ গেলান শীতল জল পান করিলে সমূহ উপকার পাওয়া যায়। আবশ্যক হইলে ১টী মফিয়ার ইঞ্জেক্সন দিয়া রোগীকে শান্ত করিবে। চর্কম্য কাশি নিবারণার্থ ‘আক্ষেপ নিবারক কফ মিশ্র’ ব্যবহৃত হয়। এতদর্থে— “নিকান্ ড্রপস্”, “পালমো-বেইলি”, “গ্রিমন্ট-সিরাপ,” “বাসক-সিরাপ”, “সিরাপ কোসিলেনা কোঃ” ইত্যাদি ভাল। এতদর্থে নিম্নের মিশ্রটিও বিশেষ উপকারী :—

Re.

এমন কার্ক	...	৩ গ্রেণ।
সোডি ব্রোমাইড	...	৮—১০ গ্রেণ।
ট্রিং হায়োপায়ামাস	...	১৫ মিনিম।
সিরাপ থিয়োকল (রোচি)	...	১ ড্রাম।
সিরাপ বাসক টলু উইথ কটিকারী	...	১ ড্রাম।
একোয়া	...	এড্. ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা; প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

বমন নিবারণার্থ এপিগ্যাষ্ট্রিয়াম প্রদেশে উষ্ণ শেক, মাষ্টার্ড পলস্ট্রা দিবে এবং রোগীকে বরফের টুকরা চুষিতে দিবে। মুড়ি ভিজান জল ও ডাবের জলও খুব ভাল।

১ মিনিম ভাইনাম্ ইপিকাক ও ১ মিনিম ট্রিং আয়োডিন (রেট্) ২ আউন্স জলের সহিত মিশাইয়া—১ চামচ মাত্রায় পুনঃ পুনঃ পান করিতে দিলে বেশ ভাল উপকার হয়।

২ মিনিম মাত্রায় এসিড্ হাইড্রোসিয়ানিক্ ডিল্ ১ আউন্স জলের সহিত মিশাইয়া পান করিতে দিলে অতি চর্কমনীয় বমনও নিবারিত হইয়া থাকে।

তৃষ্ণা নিবারণার্থ শীতলজল, লেমোনেড্, সোডা, বরফ, সরবৎ ইত্যাদি দিবে।

কোষ্ঠবদ্ধতা বা উদরাময় বর্তমানে ষথানিয়মে চিকিৎসা করিবে।

কোষ্ঠবদ্ধতায় নিম্নলিখিত মিশ্রটি বেশ উপকারী যথা :—

Re.

সোডা সাল্ফ্	...	২ ড্রাম।
ম্যাগ সাল্ফ্	...	২ ড্রাম।
সোডা বাইকার্ক	...	১০ গ্রেণ।
ম্যাগ্ কার্ক	..	১০ গ্রেণ।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	...	১৫ মিনিম।
একোয়া মেম্বপিপ্	এড্.	১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা প্রস্তুত করতঃ সরলভাবে দাগ্ত না হওয়া পর্যন্ত ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

মূত্র প্রকৃতির কোষ্ঠবদ্ধতায় উক্ত মিশ্রটি হইতে ম্যাগ্ সাল্ফ্ বাদ দিয়া দিবে, অথবা এই মিশ্রের পরিবর্তে ‘মিড্‌লিজ পাউডার’, দেওয়া যায়; কিম্বা পীড়ার প্রথমাবস্থায় কোষ্ঠবদ্ধতা বর্তমান আছে জানা গেলে— “ক্যালোমেল” বিভক্ত-মাত্রায় ব্যবহারে অতি সুন্দর ফল পাওয়া যায়। ইহাতে যথেষ্ট পরিমাণে পিত্ত নিঃসরণ হওয়ার যত্নের ক্রিয়া নিয়মিত হয়। ইহা নিম্নলিখিতরূপে ব্যবহার্য্য, যথা :—

Re.

ক্যালোমেল	...	২ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্ক	...	৪০ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ৮টী পুরিয়ায় বিভক্ত কর এবং আশাবুরূপ মলত্যাগ না হওয়া পর্যন্ত প্রতি ১৫।২০ মিনিট অন্তর এক এক পুরিয়া শীতল জলসহ সেবন করিতে উপদেশ দিবে।

পীড়ারন্তেই বিরেকচ ঔষধ দ্বারা বিশেষতঃ ‘ক্যালোমেল’ দ্বারা মলত্যাগ করাইলে পীড়ার মন্দ ফলসমূহ স্থগিত হইয়া যাইতে পারে।

বিশ্রাম ও স্নিগ্ধ দ্রব্যাদি পথ্য বিধান করিবে। পাল’ বালীর পাংলা জল কিঞ্চিৎ লবণ ও লেবুর রস সহ ভাল পথ্য। লেবুর রস সহ মিশ্রিত সরবৎ, বরফ সহ সোডা

অথবা—

Re.

সোডা বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
পটাশ সাইট্রাস	...	২০ গ্রেণ।
লাইকর এমন্ সাইট্রোটস	...	১৫ ড্রাম।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	...	১৫ মিনিম।
সিরাপ লিমোন	...	৪ ড্রাম।
একোয়া	...	এড্. ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

উল্লিখিত মিশ্রগুলির সহিত পর্যায়ক্রমে নিম্নের পানীয়টা সেবন করাইলে ফল আরও ভাল হয়। তাহাতে রোগীর জীবনীশক্তি অক্ষুণ্ণ থাকে এবং প্রচুর মূত্রত্যাগও হয়।

Re.

ইউরোট্রোপিন্ (পেরিং)	...	১/২ ড্রাম।
লিকুইড্ গ্লুকোজ	...	১—২ আউন্স।
একোয়া	...	এড্. ১ পাইন্ট (২০ আউন্স)।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ আউন্স মাত্রার পুনঃ পুনঃ পান করিতে দিবে।

শিরঃপীড়া, প্রবল প্রলাপ ইত্যাদি নিবারণার্থ যত্নকে বরফ প্রয়োগ করিবে। শীতলজল দ্বারা পুনঃ পুনঃ যত্নক ধুইয়া দিলেও সমুহ উপকার হইতে দেখা যায়।

কার্বলিক এসিড মিশ্রিত জল, বোমোনেড্, সন্নবৎ, ডাবের জল ইত্যাদির দ্বারা পিপাসার নিবৃত্তি করিবে।

যক্ষ্ম ও প্লীহার উপরে অত্যন্ত বেদনা হইলে শৈত্য প্রয়োগ অথবা উষ্ণ পুলটীশ্ বা শেক্ দিবে। “এন্টিক্লেমিন্” (বেঙ্গল কেমিক্যালের) ব্যবহারে স্বন্দর উপকার হইয়া থাকে। কেহ কেহ টীং আয়োডিন বা “আইওডেন্স্” মর্দন করিবার উপদেশ দেন। “আইওডেন্স্” একটা খুব ভাল ঔষধ।

“কোলাপ্স্” বা হিমাজ অবস্থায় “স্পিরিট এমন্ এরোমেট্” ১,২—১ ড্রাম মাত্রায় শীতলজল সহ অথবা

বালোমোনেড্, ছানার জল, ডাবের জল, কমলা লেবুর রস খুব ভাল পথ্য। ঠাণ্ডা হরলিক্‌স্ও খুব ভাল পথ্য। ঠাণ্ডা জলে হরলিক্‌স্ প্রস্তুত করিয়া তদ্ব্যতীত এক টুকরা বরফ দিয়া পান করিতে দেওয়া খুব ভাল। ইহা অপেক্ষা ভাল পথ্য এই অরের আর কিছু নাই বলিগেই হয়। আর কালীন রোগীকে তরল পথ্য ছাড়া আর কিছুই দিবে না। আর ত্যাগ হইলে পুষ্টিকর লঘুশাচ্য পথ্য দিবে। কারণ রক্তহীনতা বর্তমান থাকায় রোগী বিশেষ দুর্বল হইয়া পড়ে। এদেশে হরলিক্‌স্ মলটেড মিঙ্ অতি উৎকৃষ্ট পথ্য। ইহা যেমন বলকারক তেমনই লঘুশাচ্য এবং সুখরোচক। ইহাতে প্রাকৃতিক লৌহ বিশেষের অংশ বর্তমান থাকায় রক্তাৱতা ও রক্তহীনতা রোগে অতি ফলদান করে। পুরাতন চাউলের সুসিদ্ধ অন্ন, মুসুর বা মুগ ডাইলের ঝোল, আলু, পটোল, বেগুন ইত্যাদির তরকারী; উচ্ছে—পলতা ইত্যাদির সুক্ভো বেশ ভাল। মাছ, মংস না দেওয়াই ভাল। ইউরিমিয়া রোগ যাহাতে না জন্মায় তজ্জন্ত মূত্রযন্ত্রের ক্রিয়া যাহাতে অক্ষুণ্ণ থাকে, সেইরূপ ঔষধের ব্যবস্থা করিবে। নাইট্রেট্ অব্ পটাশ ও ক্রাব মূত্র-কারক ঔষধাদির ব্যবস্থা করিবে এবং রোগীকে প্রচুর পরিমাণে শীতলজল ও সোডা ওয়াটার পানের উপদেশ দিবে। ডাবের জলও দিতে পারা যায় এবং ইহা খুব ভাল মূত্রকারক। নিম্নলিখিত মিশ্রগুলি এতদর্থে খুবই উপযোগীতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে। যথা :—

Re.

পটাশ নাইট্রাস	...	১০—১৫ গ্রেণ।
পটাশ বাইকার্ব	..	১০ গ্রেণ।
লাইঃ এমন্ সাইট্রোটস্	...	১৫ ড্রাম।
স্পিরিট এমন্ এরোমেট্	...	১৫ মিনিম।
সিরাপ লিমোন	...	৪ ড্রাম।
একোয়া	...	এড্. ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

ব্রাণী ২ ড্রাম দেওয়া যায়। এতদর্থে নিম্নলিখিত উদ্ভেজক

Re.

ঔষধী ভাল। বধা :—

Re.

ক্যাম্ফর (পাল্ড) ... ২ গ্রেণ।

স্পিরিট এমন্ এনোমেট ... ২০ মিনিম।

ভাইনাম্ গ্যালিশাই ... ১ ড্রাম।

একোয়া এড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ২ মাত্রা। আবশ্যকমত সেব্য।

ইহাতে উপকার না হইলে, ষ্ট্রিকনি ও ডিজিটেলিন্ ১/১০০ গ্রেণ মাত্রায়; এড্রিনালিন্ ক্লোরাইড্ সলিউসন ১/২—১ সি, সি; পিটুইট্রিন্ ১/২ সি, সি; কেফিন্-সোডিও বেন্ডোয়াস্ ২ সি, সি, ইহাদের যে কোনও ১টীর ইঞ্জেক্সন দিলে অতি ক্ষুদ্র উপকার পাওয়া যায়। প্রলাপ বর্তমানে সোডি ব্রোমাইড্ ৭—১৫ গ্রেণ মাত্রায় দিবসে ২।৩ বার দেওয়া যায়। অথবা ১০—১৫ গ্রেণ মাত্রায় ক্লোরাল্ হাইড্রেট ২।৩ বার দেওয়া যায়। এই ঔষধী হৃদপিণ্ডের অত্যন্ত অবসাদক সুতরাং অতি সাবধানতার সহিত ইহা ব্যবহার করিবে।

পাণ্ডুরোগ বর্তমানে নিম্নলিখিত মিশ্রটি বেশ উপকারী। বধা :—

এমন্ ক্লোরাইড্ ... ৫ গ্রেণ।

এসিড্ এন্, এম্, ডিল্ ১০—১৫ মিনিম।

টাং ইউনিমিন্ ... ৫ মিনিম।

এক্সট্রাক্ট্ কালমেথ লিকুইড্ ... ১/২ ড্রাম।

ইনফিউসন্ ক্যালাবী এড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। দিবসে ৩ বার সেব্য।

আবশ্যক হইলে ইহার সহিত টাং নক্সভমিকা ৩—৫ মিনিম্ মাত্রায় মিশাইয়া লইবে।

এই পীড়ার চিকিৎসা লক্ষণ ও উপসর্গাদি অনুযায়ী করিবে।

রোগীর প্রলাপ বর্তমানে, তাহাকে অতি সাবধানতার সহিত শয্যায় শয়ন করাইয়া রাখিবে, নচেৎ সহসা হৃদক্রিয়া স্থগিত হইয়া অথবা প্লীহা বিদীর্ণ হইয়া, রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারে। ক্রাইসিসের সময়ে উদ্ভেজক ঔষধাদির ব্যবস্থা করিবে এবং আবশ্যক হইলে উষ্ণ শৈক বা হাতে, পায়ে ও উভয় পার্শ্বে গরমজল পূর্ণ বোতল রাখিয়া রোগীর দেহ উষ্ণ রাখিবে।

মুত, নিশ্বল বায়ু এবং বিশ্রাম এই পীড়ার চিকিৎসার প্রধান অঙ্গ।

আরোগ্যান্তে রক্তাশ্রিত জগ্গ রোগীকে সিরাপ্ হিমোপোয়েটিক্, সিরাপ্ হিমোজেন্, সিরাপ্ হিমোবিন্, সিরাপ্ হিমোফরমিক্, ইহাদের যে কোনও ১টীর, ১ ড্রাম মাত্রায় কিঞ্চিৎ শীতল জলসহ আহারাশ্রিতে ১ বার করিয়া, দিবসে ২ বার সেবনের উপদেশ দিবে।

চিকেন পক্স (Chicken pox)— জল বসন্ত

লেখক—ডাঃ এ, কে, এম, আবদুল ওয়াহেদ B. Sc. M. B.

হাউস সার্জেন—প্রেসিডেন্সি জেনারেল হস্পিট্যাল

কলিকাতা

ইহা একপ্রকার গুটিকা (eruption ' যুক্ত তরুণ সংক্রামক ব্যাধি। গুটিকা ক্রমে ক্রমে আবির্ভূত হয়; ইহার প্রথমে দানার তায় (papular), পরে রসপরিপূর্ণ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফোকার তায় (vesicular), তৎপরে পুঁজে পরিপূর্ণ (pustuler) হয় এবং অবশেষে শুক হইয়া আইস গঠন করে।

এই সংক্রামক ব্যাধি সর্বদেশেই আবির্ভূত হইয়া থাকে। একবার এই রোগে আক্রান্ত হইলে সাধারণতঃ দ্বিতীয় আক্রমণ হয় না।

রোগোৎপত্তির কারণ :—রোগীর সম্পর্কে আসার নিমিত্ত অথবা শুক আইস অজ্ঞাতসারে খাওয়া বা নিখাসের সহিত দেহ মধ্যে প্রবিষ্ট হইলে রোগোৎপত্তি হইয়া থাকে। ডিপ্‌পিরিয়া ও হামের আক্রমণ হইতে যে সমস্ত রোগী সত্তা আরোগ্যলাভ করিয়াছে, তাহাদিগেরই চিকেন পক্স দ্বারা আক্রান্ত হইবার অধিক সম্ভাবনা। দশবৎসর বয়স পর্যন্ত বালকবালিকাদিগের মধ্যে এই ব্যাধির সমধিক প্রাচুর্য দেখা যায়; তবে বয়স্কেরাও ইহাতে আক্রান্ত হইতে পারে। প্রোটোজুন (Protozoon) আতীত কীটগু দ্বারা রোগের উৎপত্তি হইয়া থাকে বলিয়া সকলে বিশ্বাস করেন।

লক্ষণাবলী :—রোগজীবাণু দেহে অধিষ্ঠিত হইবার পর হইতে রোগ-লক্ষণ প্রকাশিত হওয়া পর্যন্ত তিন সপ্তাহকাল কাটিতে পারে (Incubation period)। বালকবালিকাদিগের গুটিকা প্রকাশ, রোগের প্রথম লক্ষণরূপে রোগের প্রথম দিনে আবির্ভূত হইতে পারে। রোগের প্রারম্ভে সার্কাজিক আক্কেপ প্রকাশ পাওয়াও অসম্ভব নহে।

প্রকৃত রোগ-লক্ষণ প্রকাশ পাইবার পূর্বে রোগী ছই এক দিনে অস্বস্থির অবস্থায় (Prodormial State) কাটাইতে পারে। বয়স্ক রোগীদিগের এই সময়ে সামান্য জ্বর, মস্তক যন্ত্রণা, পৃষ্ঠদেশে বেদনা; হাম বা আমবাত, অথবা সার্কাজিক অথবা দেহের স্থলবিশেষে, সমভাবাপন্ন লোহিত বর্ণ ইরিথ্রিমা (erythema) ইত্যাদি বিভিন্ন প্রকার রাস (Rash) এই সময়ে নির্গত হইতে পারে। বলা বাহুল্য যে, এই শ্রেণীর রাস চিকেন পক্সের আসল গুটিকার তায় নহে এবং উভয়ের মধ্যে কোন সম্বন্ধ বা সাদৃশ্য নাই।

গুটিকা নির্গমনের স্থান ও কাল :—

গুটিকা প্রথমে দেহে অর্থাৎ বক্ষে ও পৃষ্ঠে, তৎপরে মুখে, তৎপরে মস্তকে এবং পরিশেষে হস্ত ও পদে আবির্ভূত হয়। স্থল পক্সের তায় ইহাতে গুটিকা নিয়মিতভাবে ক্রমাগত প্রকাশ পায় না। ইহাতে গুটিকা পর পর অল্প অল্প করিয়া দেখা দেয়। মুহু আক্রমণে ২০ দিনের মধ্যেই গুটিকা সম্পূর্ণরূপে নির্গত হয়; কিন্তু শক্ত আক্রমণে সমুদয় গুটিকা নির্গত হইতে এক সপ্তাহ বা ততোধিক কাল লাগিতে পারে।

চিকেন পক্সের আক্রমণে গুটিকা বক্ষে: এবং পৃষ্ঠে সর্ক্যাপেক্ষা অধিক সংখ্যায় বহির্গত হয়; মুখে এবং মস্তকে তদপেক্ষা কম পরিমাণে; হস্ত ও পদদ্বয়ে আরও কম পরিমাণে এবং হস্ত ও পদের তলে বিয়লভাবে দেখা দেয়। বগলেও গুটিকা নির্গত হয়; স্থল পক্সে বগল গুটিকা হইতে পরিমাণ পায়। দেহের যে সমুদয় স্থল উচ্চ এবং যেখানে বর্ষণ ও চাপ পিষ্ট হইবার সম্ভাবনা, স্থল পক্সে সেই সমুদয় স্থলসমূহ বিশেষভাবে গুটিকা দ্বারা আক্রান্ত হইবার সম্ভাবনা, কিন্তু চিকেন পক্সে ঐরূপ স্থান

বিশেষের প্রতি গুটীকার বিশেষ কোন আকর্ষণ দেখা যায় না।

গুটীকার আকার :—গুটীকা প্রথমে দানার আকারে প্রকাশ পায় ; এবং ঐ দানা চর্মের উপরিভাগেই অবস্থিত বলিয়া অল্পত্ব হয় ; দানা বেঠন করিয়া লোহিতাভা বিস্তারিত থাকিতে পারে, নাও থাকিতে পারে। চর্মের বর্টার মধ্যে দানা রসে পরিপূর্ণ ফোঁস্কার আকার ধারণ করে এবং দেখিতে খেতাবাযুক্ত বোধ হয়। ফোঁস্কা পাকিয়া উঠিতে থাকিলে, ক্রমশঃ উহা মুক্তার মত বর্ণ ও আকার ধারণ করে। এইরূপ অবস্থায় উহাদিগকে ছিদ্র করিয়া দিলে উহারা সম্পূর্ণভাবে স্ফুটিত হয় বা গুটাইয়া যায়। চিকেন পক্ষের গুটীকার রস পরিপূর্ণ ফোঁস্কার মধ্যস্থল বসিয়া খাইতে প্রায় দেখা যায় না (no umbilication)। ফোঁস্কা দুই একদিনের মধ্যে শুকাইয়া যায় এবং খাঁইস উঠিয়া গেলে অতি সামান্য গর্তযুক্ত দাগ (Pitting) রহিয়া যায়।

চিকেন পক্ষের গুটীকা অত্যন্ত চুলকায় বলিয়া অতিরিক্ত চুলকানীর ফলে গুটীকা ছিন্ন হইয়া বিভিন্নপ্রকারের রোগজীবাণু ছবিত হইয়া পড়ে। গুটীকা অধিক পরিমাণে ক্রমশঃ নির্গত হয় বলিয়া, একই স্থলে বিভিন্ন অবস্থা বিশিষ্ট গুটীকা দৃষ্ট হইতে পারে।

কখনও কখনও মৈত্রিকাম্বীর উপরও গুটীকা নির্গত হইয়া থাকে। ফসিসের উপর, সফট প্যালেটের উপর, ফ্যারিংগ এর উপর গুটীকা নির্গত হইতে পারে। এই স্থলসমূহের গুটীকা সহজে বিলীর্ণ হইয়া অল্পগর্ত বিশিষ্ট ধূসরবর্ণ ক্ষতের উৎপত্তি করে ; ক্ষতের চতুর্দিকে লোহিতাভ বৌলী বিস্তারিত থাকিতে পারে।

চিকেন পক্ষের গুটীকা নির্গমনকালে সামান্য অর দেখা যায় ; পর পর নতুন-নতুন গুটীকা বাহির হইবার সময় অর দেখা দেয়। কখনও কখনও চিকেন পক্ষের সহিত আদৌ অর দেখা যায় না।

গুটীকার প্রণীতি বিভাগ :—চিকেন পক্ষের নির্দিষ্ট কয়েকজাতীয় হইতে পারে। যথা :—

(১) ভ্যারিসেলা বুলোসা (Varicella bullosa) :—ফোঁস্কা যুক্ত চিকেন পক্ষ ; ইহাতে রস পরিপূর্ণ ফোঁস্কার আকারে সন্নিবিষ্ট অতি ক্ষুদ্র গতিতে বড় বড় ফোঁস্কার পরিণত হইয়া বিলীর্ণ হয় এবং চর্মের আবরণ বিহীন কাঁচা ক্ষতের (raw space) সৃষ্টি করে। এই প্রণীতির চিকেন পক্ষের গুটীকার সহিত পেঙ্কাইগাস নামক চর্মরোগের সাদৃশ্য দেখা যায়।

(২) ভ্যারিসেলা গ্যাংগ্রিনোসা (Varicella gangrenosa) :—শীর্ণকায় বিশেষতঃ ক্ষয়প্রাপ্ত বালকবালিকাদিগের মধ্যে এই প্রণীতির চিকেনপক্ষ দেখা দিতে পারে। ইহাতে বড় বড় কৃষ্ণ বর্ণ খাঁইস চর্ম হইতে অলিঙ্গিত হইবার পর অস্বাস্থ্যকর ক্ষত দৃষ্ট হয়। ঐ ক্ষত শীঘ্রই চর্মের উপরিভাগে ও নিম্নদেশে বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হয়। ইহাতে দৈহিক লক্ষণসমূহ কঠিন আকারে প্রকাশ পায় এবং প্রায়ই ফুস্ফুসীয় উপসর্গও জড়িত হয়। রোগী ইহাতে আক্রান্ত হইলে প্রায়ই মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

(৩) ভ্যারিসেলা হেমোর্যাগিকা (Varicella haemorrhagica) :—ইহা দৈবাৎ দৃষ্ট হয় এবং ইহার আক্রমণ ঘটিলে পরিণাম ফলও শুভ হয় না। ইহাতে গুটীকার মধ্যে এবং তৎসন্নিহিত স্থল চর্মে এবং মৈত্রিকাম্বীর হইতে রক্তপাত ঘটয়া থাকে।

উপসর্গ সমূহ :—ব্রঙ্কাইটিস চিকেন পক্ষের অতি সাধারণ উপসর্গ। কনজাংটিভা (Conjunctiva) ভাঙা ও প্রেপুস এর উপরও গুটীকা প্রকাশ পাইতে পারে। রোগের বিত্তীয় সপ্তাহে কদাচ তরুণ নেফ্রাইটিস বা কীড্‌নির প্রদাহ ঘটয়া থাকে। এনকেফালাইটিস, পলিওমায়োলাইটিস, পেরিফেরাল নিউরাইটিস ও অপটিক নিউরাইটিস প্রভৃতি দ্বায়বিক ব্যাধিও উপসর্গরূপে প্রকাশ পাইতে পারে।

নিব্বাচক স্নোগ নির্ণয় :—গুটীকা গ্রহণের পর মলপক্ষের মূহ আক্রমণকে অনেক স্থলে চিকেনপক্ষ বলিয়া ভ্রম হয় ; আবার চিকেন পক্ষকেও মূহ মলপক্ষ

বলিয়া মনে হয়। গুটীকার অবস্থিতি ও বিস্তার প্রণালীই রোগ নির্ণয়ে বিশেষ সহায়তা করে।

চিকিৎসাঃ—রোগীকে দুই তিন সপ্তাহকাল সম্পূর্ণ পুথক করিয়া রাখা আবশ্যিক। চুলকাণীর নিমিত্ত প্রচুর পরিমাণে ডাষ্টিং পাউডার (বোরিক বা জিক অক্সাইড্) ব্যবহার করা যাইতে পারে। বালকবালিকাদিগের

চুলকাণী দ্বারা গুটীকাকৃত নিবারণার্থে উহাদিগের হস্ত পদ স্পিউটে বাধিয়া রাখা কর্তব্য। গুটীকা পাকিয়া গেলে ফোমেন্টসন বা শেঁক দেওয়া কর্তব্য। গাংগ্রিগমুক্ত ভ্যারিসেলাতে রোগীকে জ্বরদ্রব্য হাইড্রাট পারক্লোর লোশন (১-২০০০) দ্বারা স্নান করাইয়া দেওয়া আবশ্যিক।

ইরিসিপেলাস ERYSIPELAS.

লেখক—ডাক্তার শ্রীনরেন্দ্র কুমার দাস, M. D. (Chem. Bios.) M. B. & M. O P & S. (C. P. S.) M. B., I. P. H. (Eng.)

—:~:~:~:—

সংজ্ঞাঃ—বাঙলা ভাষায় ইহাকে বিদর্প বলে। ইংরাজীতে ইহাকে “সেন্ট এন্টনিস ফায়ার” নামেও অভিহিত করা হয়। ইহা একটা স্পর্শক্রমক ব্যাধি। ইহাতে আক্রান্ত স্থানের স্বকে প্রদাহ হয় এবং কখনও কখনও প্রৈমিকবিদ্রী পর্যন্ত এই প্রদাহ বিস্তৃত হয় ও তৎসহ খাভুগত অজ্ঞান লক্ষণসমূহও প্রকাশ পাইতে থাকে।

এই পীড়ার উদ্ভীপক কারণ এক প্রকার বিশেষ জীবাণু, যাহাকে জীবাণুতত্ত্ববিদগণ “স্ট্রেপ্টোকক্কাস ইরিসিপেলাটিস”—নামে অভিহিত করিয়াছেন আক্রমণকারী জীবাণুসমূহ স্থানিকভাবে আবদ্ধ থাকে অর্থাৎ আক্রান্তস্থানেই ইহার। অবচলিতভাবে সীমাবদ্ধ থাকে এবং এই জীবাণুসমূহের উদ্ভারীত বিষ শোষিত হইয়াই রোগীর সাধারণলক্ষণ সমূহ প্রকাশ করিয়া থাকে; রক্ত বিযাক্ততা ইহার কারণ নহে অর্থাৎ রক্ত বিযাক্ত হইয়া এই সাধারণ লক্ষণগুলি প্রকাশ করে না।

কারণ-তত্ত্বঃ—কোনও কোনও সম্প্রদায়ের মধ্যে এই পীড়ার বিশেষ প্রাবল্য দেখিতে পাওয়া যায় কিন্তু ইহার প্রকৃত কারণ এখনও জানিতে পারা যায় নাই। তাই

বলিয়া ইহাকে বিশেষ কোনও সম্প্রদায়ের পীড়া বলা যায় না। এই পীড়া সংক্রামকরূপে প্রকাশ পায় না, তবে কদাচিৎ অতিরিক্ত জনতা পূর্ণ সহরে এবং অসাবধানতা ও উপযুক্ত ব্যবস্থার অভাবে কখনও কখনও হাসপাতাল সমূহে এই পীড়া সংক্রামকরূপে প্রকাশ পাইয়া থাকে, কিন্তু এরূপ দৃষ্টান্ত খুবই বিরল।

বৎসরের যে কোনও সময়ে, যে কোনও ঋতুতেই এই পীড়া প্রকাশ পাইতে পারে। ইহা প্রায়ই অনিয়মিত ভাবে এবং অসম্পর্কিত রূপে প্রকাশ পায়। অর্থাৎ এখানে একটা রোগী, ওখানে একটা রোগী এইরূপ ছড়ান ভাবেই এই রোগ বেশী প্রকাশ পাইয়া থাকে এবং একজনের পীড়ার সহিত অন্য জনের কোনও সম্পর্ক প্রায়ই থাকে না। এই জন্তই ইহাকে ইংরাজীতে “স্পোরাদিক পীড়া” (Sporadic) বলা হয়। অনেক ক্ষুদ্রকায় ব্যক্তির দ্বারাও এই পীড়া একরোগী হইতে অজ্ঞদেহে সংক্রামিত হইয়া থাকে। পীড়িত ব্যক্তির ক্ষতে প্রচুর পরিমাণে এই রোগের জীবাণু বসবাস করিয়া থাকে, এক্ষণে ক্ষুদ্র ব্যক্তির অসাবধানতার জন্ত অজ্ঞব্যক্তির মুক্ত স্বক বা সামান্য

কতে সংক্রামিত হইয়া এই জীবাণু রোগের উৎপত্তি করিয়া থাকে। বাহারা এই পীড়ার দ্বারা পুনঃ পুনঃ আক্রান্ত হইয়া ভুগিতে থাকে, নিশ্চয়ই তাহাদের দেহে এই পীড়ার জীবাণু সততই বর্তমান থাকে।

পূর্ববর্তী কারুণ্যঃ—বৈজ্ঞানিকেরা বহু গবেষণা ও পরীক্ষার দ্বারা সিম্মিলিত বিষয়গুলি এই পীড়ার পূর্ববর্তী কারণ বলিয়া নির্দেশ করিয়াছেন। যথা :—

- (১) বহু জনতা পূর্ণ স্থানে বাস।
- (২) উপযুক্তরূপে স্বাস্থ্য রক্ষার নিয়ম প্রণালী পালনের অভাব।
- (৩) পুরাতন ক্ষয়জনক পীড়া অথবা পুরাতন মদাত্মক পীড়াজনিত দৌর্বল্য।
- (৪) ব্যক্তি বিশেষের এই পীড়ার জীবাণুর দ্বারা সহজেই সংক্রামিত হইবার প্রবণতা।
- (৫) ক্ষত, বাহ্যিক আঘাতজনিত সামান্য ক্ষত, অথবা যে সকল নারীর অন্নদিন হইল সন্তান হইয়াছে অর্থাৎ সন্তান প্রসবের পরই।

বয়স সম্বন্ধে বিশেষ কিছু বলা যায় না, কারণ বৃদ্ধ ও শিশু এই পীড়ার দ্বারা সমভাবেই আক্রান্ত হইয়া থাকে। তবে অধিকাংশস্থলেই ৩৫—৫৫ বৎসর বয়স্ক ব্যক্তিরাই এই পীড়ার দ্বারা অধিক আক্রান্ত হইয়া থাকে।

কোনও কোনও গবেষক বলেন যে ঋতু অনুযায়ী এই পীড়ার হ্রাস বৃদ্ধি হইয়া থাকে। তাহাদের মতে বসন্ত ও বর্ষা ঋতুতেই এই পীড়ার আধিক্য দেখা যায়।

উদ্দীপক কারুণ্যঃ—এই পীড়ার উদ্দীপক কারণ ট্রেপটোককাস্ জীবাণু ইহা সর্ববাদীসম্মত এবং এই জীবাণুই যে “বিসর্প” রোগের উৎপত্তির কারণ—তাহা প্রথম ডাক্তার “ফেহলিসেন” (Fehleisen) কর্তৃক বর্ণিত হয়। ইনিই এই বর্ণনা কালে এই জীবাণুর নাম “ট্রেপটোককাস্ পেলেটাস্” বলিয়া নির্দেশ করেন। ইহা ক্ষত মধ্যস্থ তত্ত্বকোষ মধ্যে, রক্তপ্রবাহের স্থানসমূহ মধ্যে অবস্থান করে।

সাধারণ প্রকার “বিসর্প” রোগে আক্রান্ত স্থানের ক্ষত মধ্যে এই পীড়ার জীবাণুসমূহ সীমাবদ্ধ ভাবে অবস্থান করে কিন্তু বিশেষ প্রকার কঠিন পীড়ায় রক্ত প্রবাহ এমন কি, দেহের অন্তান্ত যন্ত্রসমূহ মধ্যেও এই ট্রেপটোককাস্ বর্তমান থাকিতে দেখা যায়।

এই জীবাণুসমূহ সম্ভবতঃ শুক্রসাকারীর হস্তস্পর্শ দ্বারা ই একদেহ হইতে অত্র দেহে সংক্রামিত হইয়া থাকে। স্পর্শক্রামক বা ব্যাপকভাবে পীড়া প্রকাশ পাইবার ইহাই অগ্রতম প্রধান কারণ। অতি সামান্য ক্ষত বা অবহেলা সামান্য উদ্ভিন্ন ত্বক্ পথেই এই জীবাণু দেহ মধ্যে সংক্রামিত হয় এবং পীড়ার গুণ্ডাবস্থায় সংক্রামণের পর ক্ষত কখনও কখনও আরোগ্য পর্য্যন্তও হইয়া যায়; অথবা এত সামান্য ক্ষত থাকে যাহা রোগী আদৌ প্রাণ হই করে না; ইহাই পরে রোগীর জীবন পর্য্যন্তও কিপ্পন করিয়া তুলে।

বদন মণ্ডলের “বিসর্প” সাধারণতঃ চুলকাইয়া যেখানে চর্মে ছিড়িয়া গিয়াছে, ঠিক সেই রকম স্থানে অথবা তন্নিম্নস্থ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে সংক্রামিত হইয়া প্রথম আরম্ভ হইয়া থাকে।

লক্ষণ তত্ত্ব (গুণ্ডাবস্থা)ঃ—এই পীড়ার গুণ্ডাবস্থা অন্নদিন; সাধারণতঃ ২—৮ দিন। প্রায়ই ৩দিন; এবং এই সময়ে অত্র কোনও লক্ষণ বর্তমান থাকে না। ইহাই এই রোগের গুণ্ডাবস্থার বিশেষত্ব।

আক্রমণাবস্থাঃ—এই পীড়া অত্যন্তভাবে হঠাৎ অরীয় উত্থাপ সহ প্রকাশ পাইয়া থাকে। এই সঙ্গে প্রায়ই রোগীর শীতাহুভবতা বর্তমান থাকে এবং কখনও কখনও এই লক্ষণ নিউমোনিয়া রোগীর আক্রমণাবস্থার লক্ষণের অনুরূপ হয়। কখনও কখনও শিশুদের তড়কা হইয়া এই পীড়ার আক্রমণ বুঝিতে পারা যায়। কখনও কখনও বমন বর্তমান থাকে, কিন্তু সর্বদা ও সকল রোগীতেই নহে। সাধারণ লক্ষণ—জ্বর ও অন্তান্ত লক্ষণাদি—প্রকাশ পাইবার অত্যন্ত সময় মধ্যেই কিম্বা তৎসহই যুগপৎ স্থানিক সংক্রামণের লক্ষণাবলী (ক্ষতাদি প্রদাহ) প্রকাশ পায়।

এই পীড়ার লক্ষণ সমূহকে দুই ভাগে বিভক্ত করা যায়।
যথা :—

(১) স্থানিক লক্ষণ।

(২) ধাতুগত লক্ষণ।

নিম্নে যথাক্রমে উক্ত দ্বিবিধ লক্ষণ সম্বন্ধে বর্ণনা করা
হইতেছে।

(১) স্থানিক লক্ষণ :—এই পীড়াক্রান্ত ব্যক্তির
শতকরা ৮০।৯০ জনেরই স্থানিক আক্রমণ বদন
মণ্ডলেই প্রকাশ পাইয়া থাকে। ইহা সাধারণতঃ বদন
মণ্ডলের নাসারন্ধ্র মধ্যে অথবা নাসিকার বহির্কপাটে ;
কখন কখনও ওষ্ঠ মধ্যে প্রকাশ পাইয়া থাকে। বদন
মণ্ডলের পরেই ইহার প্রকাশের বিশেষ স্থান পদদ্বয়।
পদের অধঃশাখার বে কোনও স্থানে ইহা প্রকাশ পাইতে
পারে। প্রায় ৮% পাসেন্ট পীড়াই কোনও স্থানের ত্বক্
ছিঁড়িয়া গিয়া, অথবা কোনও স্থানের ক্ষত হইতে
উৎপন্ন হইয়া থাকে। পুরাতন ক্ষতাদি হইতেও এই
পীড়ার উৎপত্তি হওয়া আশ্চর্য্য নহে। স্পষ্ট ও তীক্ষ্ণ
লোহিত বর্ণের প্যাচ্ চক্ষোপরি প্রকাশ পাইয়া, এই
পীড়ার স্থানিক আক্রমণ জ্ঞাপন করে। এই প্যাচ্ ত্বক্
হইতে কিঞ্চিৎ ক্ষীত হয়, হস্তার্পণে বেশ উষ্ণ বোধ হয়,
ক্ষীত স্থান চক্চকে ও মসৃণ এবং লোহিতাভ দৃষ্ট হয়। এই
সকল লক্ষণসহ রোগী ঐ আক্রান্ত স্থানে জলনবৎ বা
'চড়চড়ে' (Tension) বৎ যন্ত্রণা বোধ করে। ইহা
ক্রমশঃ আক্রান্ত স্থানের চতুষ্পার্শ্বে বিস্তৃত হইয়া পড়ে।
আক্রান্ত স্থানের প্যাচ্ বেশ বিশেষত্বপূর্ণ দৃষ্ট হয়। ইহা
আক্রান্ত স্থানের ত্বক্ হইতে কিঞ্চিৎ উচ্চ হয়, হস্তার্পণে
বেশ অল্পভব করা যায় এবং এই প্যাচের চতুর্দিকস্থ
সীমা-রেখা সাধারণতঃ অসমান দৃষ্ট হয়। ইহা বেশ
স্থির ভাবে বৃদ্ধি পাইতে থাকে এবং এই ক্রম-বর্দ্ধন ঘণ্টায়
ঘণ্টায় পরিণীকৃত হইয়া থাকে। আক্রান্তস্থান বেশ মসৃণ
এবং উজ্জ্বল হয়, তৎসহ কখন কখনও তত্ত্বপরি বা তাহার
চতুষ্পার্শ্বে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র 'ফুসুরী' দৃষ্ট হয় এবং তদ্ব্যতীত পরিষ্কার

জলবৎ একপ্রকার তরল পদার্থ বর্তমান থাকে।
পীড়াক্রান্ত স্থানের সীমা বর্দ্ধিত হইবার সঙ্গে সঙ্গে প্রথম
আক্রান্ত স্থানের ক্ষীতি ক্রমশঃ হ্রাস পায় এবং লোহিত
বর্ণের ক্ষীণতা দৃষ্ট হইয়া থাকে। আক্রান্ত স্থানের প্রদাহ
একই স্থানে ৩.৪ দিন পর্যন্ত বর্তমান থাকিবার পর, উহা
ক্রমশঃ সাধারণ অবস্থা প্রাপ্ত হয়। কিন্তু এই প্রদাহ
অল্প স্থানেও প্রকাশ পাইতে পারে।

এই পীড়া শিথিল বিধানসমূহে বিস্তৃত হইলে ঐ
স্থানে অত্যন্ত শোথ দেখা যায়। চক্ পত্রিকায় এই
পীড়া বিস্তৃত হইলে উহা এত ক্ষীত হয় যে, ফলে
চক্ মুদ্রিত হইয়া যায়। কর্ণ পত্রে এই পীড়া হইলে
আক্রান্ত স্থানের অতিরিক্ত ক্ষীতি বদনমণ্ডল পর্যন্ত বিস্তৃত
হইতে পারে। প্রদাহ হ্রাস পাইবার সঙ্গে সঙ্গে চর্ম্মের
স্বাভাবিক বর্ণের বিকৃতি দৃষ্ট হইয়া থাকে এবং অনেক
সময়ে ত্বক্ গাত্র হইতে আঁইস বা মরা ত্বক্ উঠিয়া যাইতে
দেখা যায়। ফুসুরীসমূহ শীঘ্রই বিদীর্ণ হয় এবং শুষ্ক হইয়া
যায়। কিন্তু এই ফুসুরীসমূহের বহিঃবাস বা বাহ্যিক
আবরণসমূহ, ত্বকের উপর লাগিয়া থাকে এবং ইহার
পরে পুয়োৎপাদন করতঃ, একপ্রকার ক্ষত সৃষ্টি করে ;
কখন কখনও ইহাতে সামান্য প্রকৃতির বাহ্যিক গাংগ্রীন্
পর্যন্তও হইতে দেখা যায়। ইহাতে নিকটবর্তী লম্বীকা-গ্রন্থি
সমূহ প্রায়ই বিবর্দ্ধিত এবং কোমল হয়।

বিবিধ শৈথিল্যবিশিষ্ট এই প্রদাহ দ্বারা প্রাথমিক
ভাবেই আক্রান্ত হইতে পারে অথবা আক্রান্ত স্থানের চর্ম্ম
হইতেও বিস্তৃত হইতে পারে এবং ইহাতে আক্রান্ত স্থান
একই প্রকার লোহিত বর্ণ প্রাপ্ত ও ক্ষীত হইতে পারে।
কিন্তু ইহা দেখিতে ততটা বিশেষত্ব পূর্ণ হয় না। ইহাতে
নাসারন্ধ্র বন্ধ হইয়া যাইতে পারে ; যেমন তরুণ
“কোরাইজা” পীড়ায় হয় ; জিহ্বা অতিরিক্তরূপে
ফুলিয়া গিয়া মুখ-গহ্বর পূর্ণ হইয়া যাইতে পারে ;
গলাভ্যন্তর পর্যন্ত আক্রান্ত হইয়া তথায় শোথ হইতে পারে ;
এবং ফলে কোমল তালুদেশ ও আল-জিহ্বাও ফুলিয়া উঠিতে
পারে। কদাচিৎ অত্যন্ত সাংঘাতিক প্রকার পীড়ায়,

ইহা 'লেরিস্' পর্যন্ত ব্যাপ্ত হইতে পারে এবং পরিণামে অতি সাংঘাতিক ও সম্বর শোথ হইয়া স্বাসনলীর রক্তপথ বন্ধ করিয়া ফেলে ও রোগী অনতিবিলম্বেই মৃত্যু মুখে পতিত হয়।

যখন এই পীড়া রক্তকের স্বকে সংক্রমিত হয় তখন আক্রান্ত স্থানের লোহিত-বর্ণ দৃষ্ট হয় না। কিন্তু আক্রান্ত অংশের সীমারেখা স্পষ্টই দেখিতে পাওয়া যায়, কারণ এই স্থান বেশ স্পষ্ট ভাবেই ক্ষীত ও শোথগ্রস্ত হইয়া থাকে। ইহাতে প্রায়ই অত্যন্ত স্থানিক যন্ত্রণা ও তৎসহ প্রবল শিরঃপীড়া বর্তমান থাকিতে দেখা যায়।

(২) ধাতুগত লক্ষণ ৩—ধাতুগত লক্ষণ সমূহের মধ্যে জরীয় লক্ষণই একটা প্রধান ও বিশেষ লক্ষণ। এই পীড়ার জরীয় উত্তাপের বিশেষত্ব এই যে, প্রথম ৩৪ দিবস এই জর বেশ উচ্চ তাপেই থাকে এবং এই কয়দিন ইহার বিরাম হয় না। অতঃপর ইহা সবিরাম প্রকৃতির হয়। এই জর অধিকাংশস্থলেই হঠাৎ 'ক্রাইসিস্' হইয়া বিচ্ছেদ হয়; কদাচিৎ ২১ টী রোগীর জর নিউমোনিয়ার স্তায় স্তরায় লাইসিস্ দ্বারা ও ক্রমশঃ হ্রাস হইয়া ২১০ দিন মধ্যেই সম্পূর্ণ বিচ্ছেদ হইয়া যায়। প্রায় রোগীতেই এই জর, হয় সবিরাম প্রকৃতির, না হয় প্রথম হইতেই বিস্মৃত প্রকৃতির হয়। কোনও কোনও রোগীর জর অতি মৃদু প্রকৃতির হয়, এমন কি, কোন কোন রোগীর আদৌ জর থাকেই না। এই পীড়াক্রান্ত রোগীর প্রলাপ বকা অতি স্বাভাবিক এবং প্রায়ই রোগীর প্রবল শিরঃপীড়া ও বিবমিবা বর্তমান থাকে। কিন্তু প্রবল জর বা জরীয় উত্তাপ অধিক হইলে যে রূপ উপসর্গ প্রকাশ পাইবার আশঙ্কা করা হয়, এইরূপ রোগীতে সে রূপ কোনও অশুভ উপসর্গ প্রায়ই দেখা যায় না।

একপ্রকার অপ্রাকৃতিক "ব্রণশীল বিসর্প" বা "Wandering Erysipelas" দেখা যায় বাহাতে রোগীর অনিয়মিত জর প্রকাশ হইয়া, কয়েক সপ্তাহ ধর্ম্যন্ত স্থায়ী হয় এবং জরীয় উত্তাপ বৃদ্ধি পাইবার সঙ্গে সঙ্গে নূতন নূতন স্থানিক সংক্রমণ বা প্যাচ প্রকাশ পাইয়া থাকে।

নাড়ীর স্পন্দন দ্রুত, শ্বাস-প্রশ্বাস সামান্য রূপ বৃদ্ধি পায়; গাত্র-স্বক সাধারণতঃ উষ্ণ এবং শুষ্ক হয়; যদিও বর্ষ হইয়া অনেক সময়েই জ্বর বিচ্ছেদ হয় তথাপি চর্ম্মের এই উষ্ণতা ও শুষ্কতা সমভাবেই বর্তমান থাকে। মূত্র হ্রাস প্রাপ্ত হয় এবং জ্বররোগীর মূত্রের মত হয়। জ্বর রোগীর মূত্রে বেরূপ অণুলালা (albumen) পাওয়া যায়, এই রোগীর মূত্রেও তরূপ অণুলালা পাওয়া যায়। কঠিন প্রকৃতির পীড়ায় প্লীহা বিবর্জিত হইতে পারে। জল্পিও পরীক্ষায় প্রায়ই ইহার ক্রিয়া বৈলক্ষণ্যজনিত মর্ম্মর (Murmur) শব্দ শ্রুত হয়। রক্তের খেতকণিকা বৃদ্ধি হইতে পারে।

রোগ নির্ণয় ৩—সাধারণ প্রকৃতির বদন মণ্ডলের পীড়া নির্ণয় করা তেমন কিছু শক্ত নহে। স্থানিক ইর্যাপ্সন সমূহের বিশেষত্ব পূর্ণ আকৃতি, আক্রান্ত স্থানের প্রদাহের চক্ষুদিকস্থ সীমারেখার উচ্চতা ও ক্ষীতি আক্রান্তস্থানের ক্ষেত্রে জলপূর্ণ ফুস্কুরীর আবির্ভাব, নিকটবর্তী লম্বীকাগ্রয়রি প্রদাহ ইত্যাদি এত স্পষ্ট ভাবে প্রকাশ পাইয়া থাকে যে, জ্ঞানীরা অতি সহজেই এই পীড়া নির্ণয় করিতে পারা যায়। এই স্থানিক লক্ষণসমূহের সঙ্গে যদি হঠাৎ ধাতুগত লক্ষণ সকলের—বিশেষতঃ প্রবল-জরের আবির্ভাব হয়, তাহা হইলে এই পীড়া নির্ণয় করা আর কঠিন হয় না। কারণ এইরূপ লক্ষণ আর অল্প কোনও পীড়াতেই দেখিতে পাওয়া যায় না।

অনেক সময়ে ইহাও দেখা যায় যে, ইরিসিপিলাস রোগীর আদৌ জর হইল না; ইহা সাধারণতঃ পৌনঃপুনিক (recurrent) ইরিসিপিলাসে অথবা যে সকল রোগী অল্প কোনও দুর্বলকারী পীড়ার দ্বারা আক্রান্ত হইয়া ভুগিতেছে, তাহাদেরই মধ্যে দেখা যায়। কিন্তু এরূপ রোগীতেও স্থানিক লক্ষণাবলীর কোনরূপ পরিবর্তন হয় না; জ্বরায় অতি সহজেই পীড়া নির্ণয় করা যায়।

নাসারক্তসহ স্নায়িক-কিল্লীর বিসর্প অথবা গলাভ্যন্তরের বিসর্প নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। তরূপ বিকৃতিশীল প্রদাহ ও তৎসহ প্রবল ধাতুগত লক্ষণাবলী প্রকাশ পাইলে

এই পীড়ার সংক্রমণ বলিয়া সন্দেহ করিবে। কিন্তু তথাপি প্রায়ই রোগ নির্ণয় করিতে পারা যায় না। ফলে, পীড়া নির্ণয় হইবার পূর্বেই রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। এরূপ স্থলে অতি সাবধানতার সহিত নিজের জ্ঞান ও বুদ্ধি নিযুক্ত করিয়া, বিচক্ষণতার সহিত লক্ষণাবলী মিলাইয়া পীড়া নির্ণয় করিবে।

তুলনামূলক হোগনির্ণয় তত্ত্ব:—

প্রচুররূপে বিস্তৃত সেলুলাইটস্ (সেলুলার বিধান প্রদাহ) কার্কীকল-হইতে বিস্তৃত শোথ, স্থানিক গ্রাঙ্জাঙ্ক, অথবা নাসিকার ত্রণের সহিত বিসর্প পীড়ার ভ্রম হওয়া অসম্ভব নহে। স্থানিক ও ধাতুগত লক্ষণসমূহের প্রতি তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখিয়া, এই পীড়াকে অগ্র পীড়া হইতে পৃথক করিবে।

বদন মণ্ডলের অথবা কপালের ‘হার্পিস’ পীড়ার সহিত বদন মণ্ডলের ইরিসিপিলাসের বিশেষ সাদৃশ্য থাকায়, ইহার সহিত ভ্রম হওয়াও আশ্চর্য্য নহে। কিন্তু একটু বিচক্ষণতার সহিত পরীক্ষা করিলেই, এই ভ্রম বুঝিতে পারা যায়।

তরুণ একজিয়া ও ডায়েটাইটিস্ পীড়ার সহিতও ‘বিসর্প’ রোগের ভ্রম হইতে পারে, কিন্তু স্থানিক লক্ষণাবলীর বিশেষত্ব ও ধাতুগত লক্ষণসমূহের অভাব ইত্যাদির দ্বারা এই ভ্রম সহজেই নিরাকৃত হইয়া থাকে।

উপসর্গ ও পরিণাম: বিসর্প পীড়ায় স্থানিক ফোটকের উৎপত্তি হইতে প্রায় শতকরা ১০ জন রোগীতেই দেখা যায়। ইহা ১টা সাধারণ উপসর্গ। এই সকল ফোটক কখনও কখনও পূর্ণযুক্ত কণুসমূহ হইতে উৎপন্ন হয় এবং কখনও কখনও ইহা গভীর ভাবাপন্ন হইয়া চর্মনির্যাস বিধানসমূহ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে। সকল প্রকার ‘বিসর্প’ তেই যে ফোটক উদ্গত হইবে, তাহা নহে। ইহা কোনও কোনও প্রকার বিসর্পে প্রকাশ পাইতে দেখা যায়, বিশেষতঃ-যখন এই রোগ ব্যাপক রূপে প্রকাশ পায়। কখনও কখনও স্থানিক প্রদাহ, বিশেষতঃ-কর্ণোপরি, নাসিকার উপর, পদাঙ্গুলী বা হস্তাঙ্গুলীর অগ্রভাগে এই

পীড়াজনিত প্রদাহ সাধারণ প্রকৃতির গ্যাংগ্রীনে পরিবর্তিত হয়।

পৃষ্ঠমুখস্থিতে এই পীড়াজনিত প্রদাহ হইলে তথায় শয্যাকৃত হইবার বিশেষ সম্ভাবনা।

যদিও দেখা গিয়াছে যে, এই পীড়ার উদ্দীপক জীবাণু “ট্রেপ্টোকক্কাই”—স্বকোভ্যন্তরীণ লণীকা মধ্যেই সীমাবদ্ধ থাকে। তথাপি ইহার পেন্টিসীমিয়া (বিষাক্ত জর) অথবা “পাইমীয়া” উৎপাদন করে; বাহার ফলে, বিবিধ দেহদ্বয়ে ফোটক, পেরিকার্ডাইটিস, এম্পায়োমা এবং ক্ষত সংযুক্ত এণ্ডোকার্ডাইটিস্ এর সাংঘাতিক অবস্থা আনয়ন করে। পক্ষান্তরে, এই প্রদাহ স্থানিকভাবেও বিস্তৃত হইতে পারে; ফলে, পূর্ণযুক্ত এডিনাইটিস্, পূর্ণযুক্ত আর্থ্রাইটিস্, অটাইটিস্ মিডিয়া, ম্যাষ্টয় ডাইটিস্ (ম্যাষ্টয়েড্ অস্থির ক্ষত), পুরুলেন্ট মেনিঞ্জাইটিস্, পেরিওষ্টাইটিস্ (বিশেষতঃ-মস্তকস্থির) ইত্যাদি উপসর্গ আসিয়া উপস্থিত হইতে পারে।

এই পীড়ার সংক্রমণ মুখাভ্যন্তর ও গলমধ্যে বিস্তৃত হইলে, লেরিংস্ এর শোথ, ত্রংকাইটিস্ ও নিউমোনিয়া ইত্যাদি শ্বাসযন্ত্রের উপসর্গ প্রকাশ পাইয়া থাকে। এই নিউমোনিয়া পাইমীয়া হইতেও উৎপন্ন হইতে পারে এবং ইহার উদ্দীপক কারণ সাধারণতঃ ট্রেপ্টোকক্কাস্ জীবাণু; কিন্তু কখন কখন অগ্রান্ত জীবাণুর দ্বারাও ইহার উৎপত্তি হওয়া অসম্ভব নহে। জর অবস্থায় রোগীর মূত্রে সর্বদাই অণুলালা বর্তমান থাকিতে দেখা যায় এবং কখনও কখনও এই অবস্থায় প্রকৃত তরুণ নেফ্রাইটিস্ পীড়াও উপসর্গরূপে আবির্ভূত হইতে দেখা যায়।

রিল্যাপ্‌স্ বা পুনরাক্রমণ অস্বাভাবিক নহে। জর ও স্থানিক লক্ষণসমূহের হ্রাস হইয়া কয়েক সপ্তাহ পরে অথবা আরোগ্যের কয়েক মাস পরেও এই পীড়ার পুনরাক্রমণ হইতে দেখা যায়। চীন্ত-বিধান মধ্যে ট্রেপ্টোকক্কাস্ জীবাণুসমূহের ক্রমাগত অবস্থান লভ্যই ঐ একই স্থানে পুনরাক্রমণ হইতে দেখা যায়; বাহার ফলে, পুরাতন শোথ বা নালী ক্ষতের সৃষ্টি হওয়াও আশ্চর্য্য নহে।

পুনঃ পুনঃ আক্রমণের কালে আক্রান্ত স্থানের বর্ধ পুষ্ক হইয়া, দেখিতে অনেকটা পুরাতন শোধের ছায় ইহা এবং ইহা আর গোলের ছায় দেখায়। যুক্তাবরণ মধ্যে এই পীড়া হইলে পরে টাক রোগের সৃষ্টি হইবার সম্ভাবনা। কিন্তু পীড়ারোগ্য হইবার কিছুদিন পরেই পুনরায় কেশোৎপত্তি হইতে থাকে। দেখা গিয়াছে যে ইরিসিপিলাস পীড়ার পর হইতেই পুরাতন চর্মরোগ, লুপাস, এক্জিমা, রোডেন্ট আলিয়ার এবং সারকোমা ইত্যাদি আপনা হইতেই আরোগ্য হইয়া যায়। এই জন্য অনেক পাশ্চাত্য বৈজ্ঞানিক, উক্ত পুরাতন চর্ম রোগাক্রান্ত ব্যক্তির দেহ মধ্যে ‘বিসর্প’ পীড়ার বিষ অস্ত্র-যুগ্ম করতঃ, উন্মিথিত চর্ম রোগ আরোগ্য করিতে সমর্থ হইয়াছেন কিন্তু ইহা সর্ববাদী সম্মত নহে। অনেক বিজ্ঞ চিকিৎসক এই মতের সমর্থন করেন না।

অসংক্রমিত পীড়ার সহিত ইহার সংযোগ :-
প্রাচীনকালে সাধারণ কৃত বা যে কোনও অসংক্রমিত পীড়ার পরেই ইরিসিপিলাস পীড়া হইবার নিত্য সম্ভাবনা থাকিত। অসংক্রমিত পীড়ার পর ইরিসিপিলাস একটি যারায়ক উপসর্গ ছিল, কিন্তু জীবাণুনাশক যৌত সমূহ আবিষ্কৃত হইবার পর হইতে এই আশঙ্কা অনেক কমিয়া গিয়াছে—মাত্রা হ্রাস পাইয়াছে। সংক্রমিত কৃত, ক্যান্সার কৃত, পুরাতন শোথ, এমন কি - কৃতযুক্ত অর্ধ মধ্যেও এই পীড়ার প্রকাশ আশ্চর্য ও বিরল নহে।

বন্দি ও প্রেম - হাসপাতাল ও প্রসবগার সমূহে অধুনা জীবাণুনাশক লোশন ইত্যাদি বোধোপযুক্ত রূপে ব্যবহৃত হওয়ায়, প্রসবান্তে প্রসূতির আর এই পীড়া হইবার আশঙ্কা বর্তমানে খুবই হ্রাস পাইয়াছে, তথাপি অসাধারণতর দ্রুত কখনও কখনও নব প্রসূতির বোনিয়ারে এবং নবজাত শিশুর নাতী মধ্যে এই দ্রুত পীড়ার জীবাণু সংক্রমিত হইয়া বাতায় শিশুর জীবন বিপর্যয় করিয়া তুলে। শীর্ণ ও রক্তহীন রোগী অতি সহজেই এই পীড়ার কবলস্থ হয় এবং আরও বেশী গিয়াছে যে অতি বৃদ্ধ এবং পুরাতন মদ্যাত্ম রোগগ্রস্ত ব্যক্তির মধ্যেও এই পীড়ার রোগপ্রবণতা অধিক। এইরূপ রোগীই মৃত্যুস্থখে অধিক পতিত হয়।

ইরিসিপিলাসের প্রেক্ষী বিভাগ :-
এই পীড়া কয়েক প্রকারের দ্রুত হইয়া থাকে ; কিন্তু উহা প্রত্যেকেরই কারণ একই। নিম্নে ইহাদের বিষয় লিখিত হইল।

(১) মাইগ্রেটরী ইরিসিপিলাস (Migratory Erysipelas) :- ইহা সাধারণভাবে আক্রমণ করে এবং নিয়মিত সময় মধ্যেই আরোগ্য না হইয়া, কয়েক সপ্তাহ পর্যন্ত স্থায়ী হয় ; ইরাস্পস্ সমূহ ক্রমশঃ সর্সালে ব্যাপ্ত হয়, এমন কি—কোনও কোনও স্থানে ইহা পৌনঃপুনিকরূপে প্রকাশ পায়। এই প্রকৃতির পীড়া শিশুদের মধ্যেই অধিক দেখা যায় এবং দীর্ঘদিন অরে ভুগিয়া অত্যন্ত দুর্বল ও ক্লান্ত হওয়া সম্বন্ধে ইহার ভাবীকল শুভ।

(২) সার্জিক্যাল ইরিসিপিলাস (Surgical Erysipelas) :- ইহা কোনও কৃত বা কোনও স্থান ছিঁড়িয়া বাওয়া বা কর্তন হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে। কিন্তু স্থানের বিষয় এই যে, টাং আরোডিন, লাইসল প্রভৃতি জীবাণুনাশক ঔষধাদির সৃষ্টি ও সঙ্গে সঙ্গে ইহাদের ব্যবহারের জন্য এই প্রকার পীড়ার প্রকোপ বর্তমান যুগে অতীব বিরল। তথাপি ম্যাট্রিয়েড্ অস্থি অথবা পুরাতন অস্টিওমায়েলাইটিস্ অস্ত্রোপচারের পর এই প্রকার ‘বিসর্প’ পীড়া হইতে দেখা যায়। সংক্রমিত ক্ষতের কিঞ্চিৎ দূরেই সর্বপ্রথম ইরিসিপিলাসের কণ্ডু বা ব্যাণ্ নির্গত হয়—ইহা সর্বদা দ্রব রাখিবে।

(৩) রেকারেন্ট ইরিসিপিলাস (Recurrent Erysipelas) :- পৌনঃপুনিক বিসর্পে নিত্য ক্রম দেখা যায় না। কোনও পুরাতন কৃত বা শোথ হইতে দীর্ঘকাল পূর্ব নির্গত হইতে থাকিলে, এইরূপ ‘বিসর্প’ হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। ২০ বা ৩০ বৎসর ইহা পুনঃ পুনঃ এই একই স্থানে প্রকাশ পাইয়া থাকে। প্রত্যেক আক্রমণেই বাতুগত লক্ষণাবলী ক্রমশঃ হ্রাস পাইতে থাকে এবং অবশেষে আর এই বাতুগত লক্ষণ আরো প্রকাশই পায় না।

(ক্রমশঃ)

মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ—নেফ্রাইটিস Nephritis.

লেখক—ডাঃ শ্রীব্রজেন্দ্রচন্দ্র ভট্টাচার্য্য L. M. F.

মেডিক্যাল অফিসার, অক্টোব্র চ্যারিটেবল ডিস্পেনসারী

বরবনসিংহ

—•):(•):(•)—

মূত্রগ্রন্থি প্রদাহে (Nephritis) পূর্জ সঞ্চয় হয় না। ইহাই মূত্রগ্রন্থি প্রদাহের বিশেষত্ব। ব্রাইট সাহেব (Dr. Richard Bright) এই ব্যাধি বিশেষভাবে আলোচনা করিয়াছিলেন ও শেষে এই ব্যাধিতেই তাঁহার মৃত্যু হয়। সে কারণ মূত্রগ্রন্থি-প্রদাহকে “ব্রাইট্‌স্ ডিজিজ” (Bright’s disease) বা ব্রাইট সাহেবের পীড়া বলা হয়।

মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে, যে সকল পদার্থ (যেমন খালব্রেন) শরীরে থাকে। প্রয়োজন, তাহা বাহির হইয়া যায় ও যে সকল পদার্থ যেমন লবণ, ইউরিয়া) শরীর হইতে বাহির হইয়া যাওয়া বাঞ্ছনীয়, তাহা শরীরে থাকিয়া যায়।

প্রকারভেদ (Varities) :-

(১) তরুণ মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ (Acute Nephritis)।

(২) পুরাতন মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ (Chronic Nephritis)।

(ক) পুরাতন প্যারেস্কাইমেটাস্ মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ।

(i) বৃহৎ খেত মূত্রগ্রন্থি (Large white kidney)।

(ii) ক্ষুদ্র খেত মূত্রগ্রন্থি (Small white kidney)।

(খ) পুরাতন ইন্টার্গিসিয়েল মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ।

(১) তরুণ মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ (Acute Nephritis) :- নিম্নলিখিত কারণে তরুণ মূত্রগ্রন্থি প্রদাহ উৎপন্ন হইতে পারে। বর্ণা :-

(১) শরীরে ঠাণ্ডা হাওয়া লাগা বা অনেকরূপ সিক্তাবহার থাকা; খুব সন্তবতঃ, কোন রোগজীবাণুর আক্রমণই ব্যাধির প্রকৃত কারণ; ঠাণ্ডা হাওয়ার বা সিক্তাবহার শরীরের বোগ প্রতিবেদক ক্ষমতা হ্রাস পাওয়ার, বোগজীবাণুর আক্রমণের সুবিধা হয় স্বাভাবিক।

(২) হাম, টাইফয়েড, উপদংশ, ম্যালেরিয়া, বসন্ত প্রভৃতির বিবরস (Toxins) প্রযুক্ত মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ হইতে পারে।

(৩) তাম্বিন, ক্যাঙ্কারাইডিন, পটাশ ক্লোরাস, কার্বলিক এসিড সেবনের কুফলে মূত্রগ্রন্থি-প্রদাহ হওয়ার সম্ভাবনা থাকে।

(৪) গর্ভাবস্থা।

(৫) শরীরের অনেক স্থান পুড়িয়া গেলে; পাচড়া, খুঁজলি, দাঁদ প্রভৃতি চর্মরোগ বিস্তৃতি প্রাপ্ত হইলে, মূত্রগ্রন্থি-প্রদাহ হইতে পারে। এই সকল কারণে চর্মের কার্য্য সুচারুরূপে সম্পন্ন হইতে পারে না; কাজেই বিবাক্ত জিনিষ শরীরে থাকিয়া যায় এবং ফলে স্বাভাবিক কার্য্যের অতিরিক্ত কাম মূত্রগ্রন্থির সম্পন্ন করিতে হয়। অত্যধিক কার্য্য করিতে বাঞ্ছনীয় ফলে, মূত্রগ্রন্থির প্রদাহ হয়।

লক্ষণাবলী (Symptoms) :- সাধারণত: আক্রমণ হঠাৎ হয়; রোগী দেখিতে পায় তাহার প্রস্রাব লাল রং ধারণ করিয়াছে ও পরিমাণে কমিয়া গিয়াছে। তাহার অন্ন বিস্তার শোধ দেখা দিচ্কাছে। কোন কোন ক্ষেত্রে প্রাতঃকালে রোগী আয়নাতে মুখ দেখিবার সময়, চক্ষের পাতা ফুলা দেখিতে পায়—ইহাই ব্যাধির প্রথম লক্ষণ। শোধ প্রথমত: চক্ষের পাতায়, মুখে, পদ-গ্রন্থি ও পায়ের পাতায় দেখা দেয়—ইহাই মূত্রগ্রন্থি প্রদাহের শোধের বিশেষত্ব। ঠাণ্ডা হাওয়া লাগিয়া মূত্রগ্রন্থির প্রদাহ হইলে ২৪ ঘণ্টার মধ্যে সমস্ত শরীর ব্যাপি শোধ দেখা দিতে পারে; পক্ষান্তরে মূত্রগ্রন্থির অতি তীব্র প্রদাহেও শোধ না হইতেও পারে ইহা স্বনাম ধন্ত অসলার মহোদয়ের অভিমত। মূত্র গাঢ় রং বিশিষ্ট (high coloured); পরিমাণে অন্ন ও ইহার গুরুত্ব (Specific gravity) অধিক—যেমন ১০২৫—১০৪০ (প্রস্রাবের স্বাভাবিক গুরুত্ব ১০১৫—১০২০ এর চেয়ে কিছু কম বা বেশীও থাকিতে পারে; এদেশের লোকের প্রস্রাবের গুরুত্ব এর চেয়ে কম থাকাই স্বাভাবিক); মূত্র পরীক্ষায় গ্যালবুমেন (albumen); রক্ত ও টিউব কাষ্ট (Blood Casts, Tube Casts) পাওয়া যায়। রক্ত (Blood Casts) এই প্রকার মূত্রগ্রন্থি প্রদাহের বিশেষ লক্ষণ। এই ব্যাধির উৎকটাবস্থায় প্রস্রাব শুষ্ক হইয়া যাইতেও পারে। ইউরিরার বহির্গমন কম হয়। নাড়ী শক্ত হয় ও নাড়ীর চাপ (tension) বৃদ্ধি পায়। নাড়ীর এরূপ হওয়ার কারণ নিম্নলিখিত ভাবে বুঝা যায়।

মূত্রগ্রন্থির প্রদাহে তাহার বহির্নিঃসারক কার্য প্রায় নষ্ট হইয়া যায়; ফলে, সাধারণ অবস্থায় যে সকল বিষাক্ত জিনিষ প্রস্রাব পথে শরীর হইতে বাহির হইয়া যায়, সেগুলি রক্তে পরিচালিত হইতে থাকে। এই সকল বিষাক্ত জিনিষ (toxic substances) হৃদয় ধমনীর সংস্রবে আসিলে ধমনীগুলির প্রদাহাত্মক সঙ্কোচন হয় ও ইহার ফল হইয়া যায়; কাজেই প্রবাহিত রক্তশ্রোত বাধাপ্রাপ্ত

হয়। এই বাধা অতিক্রম করিবার জন্য হৃদপিণ্ড অধিকতর জোরে সঙ্কুচিত হয়। এই অতিরিক্ত জোর ও হৃদয় ধমনীর সঙ্কোচনাবস্থার জন্য নাড়ী শক্ত ও ইহার চাপ অধিক প্রতিভাত হয়। কিছুকাল এই অবস্থা স্থায়ী হইলে, ধমনীর “গা” পুরু হইয়া যায় এবং হৃদপিণ্ড বৃহদাকার ধারণ করে (becomes hyper-trophied)। এই অবস্থা “পুরাতন ইন্টাষ্টিসিয়েল” প্রকারের মূত্রগ্রন্থি প্রদাহে বিশেষভাবে পরিলক্ষিত হয়।

এওরটিক দ্বিতীয় শব্দ (aortic second sound) স্পষ্টতর শুনা যায়। বিবমিষা, বমন, মাথা বেদনা, রক্তবলতা, জিহ্বা লেপাবৃত প্রভৃতি সাধারণত: দৃষ্ট হয়।

(২) **পুরাতন মূত্রগ্রন্থি-প্রদাহ :-** পুরাতন মূত্রগ্রন্থি প্রদাহ সম্বন্ধে বিবরণ নিম্নে যথাক্রমে প্রদত্ত হইল। যথা :-

(ক) **পুরাতন প্যারাক্রাইমেটাস্ মূত্রগ্রন্থি প্রদাহ :-** তরুণ মূত্রগ্রন্থি প্রদাহ ক্রমে পুরাতনাবস্থায় প্রাপ্ত হইতে পারে, অথবা ব্যাধি প্রথম হইতেই পুরাতনাবস্থায় দেখা দিতে পারে অর্থাৎ রোগ পরিচায়ক লক্ষণ ধীরে ধীরে প্রকাশ পাইতে পারে বা লক্ষণাবলীর তীব্রতা প্রথম হইতেই কম থাকিতে পারে। রোগী রক্ত শূন্য (Anæmic); তাহার চক্ষের পাতা, পদগ্রন্থি (ankles) ও পায়ের পাতা ফুলা দেখায়। শোধ সাধারণত: বিশেষভাবে প্রকাশ পায় ও সহজে আরাম হইতে চায় না। সর্কাজে শোধ দেখা দিতে পারে। পুরাতন প্যারাক্রাইমেটাস্ মূত্রগ্রন্থি প্রদাহ—সর্কাজে শোধ হওয়ার প্রধান কারণের মধ্যে অন্যতম। পাল্লর (Pallor) বিশেষভাবে পরিলক্ষিত হয়। প্রস্রাবের সহিত অনবরত গ্যালবুমেন বাহির হইয়া যাওয়ার, ছানা জাতীয় জিনিষের (Proteid) ক্ষতি হওয়ার ফলে রক্তের অসমোটিক চাপ (osmotic pressure) কমিয়া যায় ও কৈষিক বিধান (tissue) জল জমে। ইহা ইপষ্টনের (Epstein) মত। প্লৈয়িকঝিল্লী গহ্বরে (Serous cavities) শোধ হইতে

পারে, যেমন—হাইড্রোথোরাক্স, হাইড্রোপেরিকার্ডিয়া ইত্যাদি। বিবমিষা, উদরাগ্নয় প্রভৃতি হওয়ার সম্ভাবনা থাকে। কোন কোন ক্ষেত্রে চরম রক্তাক্ততা, দুর্বলতা ও অস্বীর্ণতা প্রথম হইতেই দেখা দেয়। প্রস্রাবের পরিমাণ কমিয়া যায়, প্রস্রাব গাঢ় রং বিশিষ্ট (High coloured) হয়, গুরুত্ব (Specific gravity) বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয়, প্রস্রাবে প্রচুর পরিমাণে হ্যালুবুয়েন বর্তমান থাকে। রক্তকণক কোন পাত্রে প্রস্রাব রাখিয়া দিলে, বিস্তার তলানি (deposit) পড়ে। শ্বেতরক্তকণিকা (leucocytes), রক্ত-কোষ (blood cells) ও নানা জাতীয় ছাঁচ (Casts) প্রস্রাবে পাওয়া যায়; কিন্তু এই প্রকার মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে ফেটি কাষ্টাই (fatty casts) বিশেষভাবে উল্লেখ যোগ্য। ইউরিয়ার পরিমাণ কম হয়। নাড়ীর চাপ (the tension of the pulse) বৃদ্ধি পায়; রক্তবহা নাড়ীগুলি পুরু (thickened) হয়; এওরটিক দ্বিতীয় শব্দ অধিকতর জোরে শুনা যায়; মূত্রাক্তাবশতঃ বৈকারিক লক্ষণ (uraemic symptoms) প্রকাশ পাইতে পারে।

উপরোক্ত অবস্থায় মূত্রগ্রন্থির আকার বড় ও সাদা দেখায় বলিয়া, ইহাকে কেহ কেহ “**বৃহৎ শ্বেত মূত্রগ্রন্থি**” (Large white kidney) বলেন। ব্যাধি পুরাতন হওয়ার সঙ্গে সঙ্গে মূত্রগ্রন্থিতে ফাইব্রোসিস (fibrosis) হওয়ার তাহার অস্বীকৃত সঙ্কট হয়। এই অবস্থায় প্রস্রাবের পরিমাণ বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয়, গুরুত্ব কমিয়া যায়, হ্যালুবুয়েন এর পরিমাণ কম হয় ও শোথ হ্রাস পায়। এই সকল লক্ষণাবলী সংযুক্ত অবস্থাকে “**ক্ষুদ্র শ্বেত মূত্রগ্রন্থি**” (Small white kidney) বলে। এই অবস্থা কয়েক বৎসর বা মাস স্থায়ী হইলে ইহাই—“পুরাতন ইন্টারস্টিসিয়েল মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ” আকারে পরিণত হয়।

(খ) পুরাতন ইন্টারস্টিসিয়েল মূত্রগ্রন্থি প্রদাহ (Chronic Interstitial nephritis) :—

“সঙ্কুচিত মূত্রগ্রন্থি” (contracted kidney), “আর্টারিও স্কেলেরোটিক মূত্রগ্রন্থি” (Arterio sclerotic kidney) ও “জরাগ্রস্ত বা বার্দ্ধক্য পীড়িত মূত্রগ্রন্থি” (senile kidney) প্রভৃতি নামে ও অবস্থাতেই ইহা পরিচিত হইয়া থাকে। এই সকল নামাকরণ হইতেই কি কি কারণে এই ব্যাধি হইতে পারে, তাহা বুঝা যায়।

পুরাতন প্যারেকাইমেটাস্ মূত্রগ্রন্থি প্রদাহের ফল স্বরূপ মূত্রগ্রন্থি যখন ক্ষুদ্র শ্বেত মূত্রগ্রন্থিতে (Small white kidney) পরিণত হইয়া ক্রমে পুরাতন ইন্টারস্টিসিয়েল মূত্রগ্রন্থি প্রদাহে পরিণত হয়, তখন ইহাকে সঙ্কুচিত মূত্রগ্রন্থি (Contracted kidney) বলা হয়। এই অবস্থায় ফাইব্রাস কৈষিক বিধান (fibrous tissue) উদ্ভূত হয় ও মূত্রগ্রন্থি সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে।

যখন উপদংশ, সুরাপান, অতিরিক্ত আহার প্রভৃতি কারণে ধমনীগুলি (arteries) পুরু ও শক্ত (sclerotic) হইয়া যাওয়ার ফলে, মূত্রগ্রন্থি এই অবস্থা প্রাপ্ত হয় (অর্থাৎ পুরাতন ইন্টারস্টিসিয়েল মূত্রগ্রন্থি প্রদাহের অবস্থা প্রাপ্ত হয়), তখন ইহাকে আর্টারিও স্কেলেরোটিক (আর্টারি অর্থাৎ ধমনী, স্কেলেরোটিক অর্থাৎ শক্ত ও পুরু) মূত্রগ্রন্থি বলে।

বয়োবৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে ধমনীগুলি ও মূত্রগ্রন্থি শক্ত হইয়া যায়। এক্ষেত্রে সুরাপান, উপদংশ, অতিরিক্ত আহার প্রভৃতি নিদানভূত কারণ হয় না। এইরূপ শক্ত হইয়া যাওয়ার ফলে মূত্রগ্রন্থির যে অবস্থা হয়, সে অবস্থা পুরাতন ইন্টারস্টিসিয়েল মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে দেখা দিলে, তাহাকে জরাগ্রস্ত বা বার্দ্ধক্যপীড়িত মূত্রগ্রন্থি বলে (senile kidney)।

লক্ষণাবলীঃ—রোগী যখন চিকিৎসকের পরামর্শ নিতে আসে তখন রোগ অনেক দূর অগ্রসর হইয়া যায়। রোগীর স্ননিদ্রা হইতে পারে না—রাতিতে ২,৩,৪, এমন কি ৫৬ বার পর্যন্ত প্রস্রাব করিবার অন্ত উঠিতে হয়। ইহা একটা বিশেষ লক্ষণ। প্রস্রাব বারে

বেদন বেশী, পরিমাণও ভেদন বেশী হয়। অতিরিক্ত প্রস্রাবের কতল রোগীর শিথিলতা হয় ও দুর্বলতা আসে। প্রস্রাবের রং হরিদ্রাভ (Slightly yellow), আপেক্ষিক গুরুত্ব (Sp. gravity) স্বাভাবিক হইতেও কম, বৎসাবান্ধ বাত্র ম্যালবুয়েন প্রস্রাবে পাওয়া যায়; প্রস্রাবে ম্যালবুয়েন না থাকারও বিচিত্র নয়। অনবরত কম গুরুত্ব বিশিষ্ট ও বৎসাবান্ধ বাত্র ম্যালবুয়েন সমন্বিত প্রস্রাব পুরাতন ইন্টাষ্টিসিয়েল সূত্রগ্রহি প্রস্রাবের বিশেষ লক্ষণ। অসলার (Osler) মহোদয় আর্টারিওক্লোরোটিক সূত্রগ্রহি প্রস্রাবের নিম্নলিখিত লক্ষণাবলীর উল্লেখ করিয়াছেন।

“প্রস্রাবের পরিমাণ স্বাভাবিক বা স্বাভাবিক হইতেও কম, গুরুত্ব স্বাভাবিক বা বেশী, প্রস্রাবের রং স্বাভাবিক, হাইয়েলিন (Hyaline) ও গ্রানুলার (granular) ইঁচ (Casts) পরিলক্ষিত হয়। ম্যালবুয়েনের পরিমাণ পথ্য ও পরিপ্রমাণবাহী পরিবর্তনশীল এবং সঙ্কুচিত সূত্রগ্রহি (Contracted kidney) অপেক্ষা এক্ষেত্রে বেশী থাকে—কখনও ম্যালবুয়েন বিহীনাবস্থা হয় না। ইঁচ (Casts) বিহীনাবস্থার ম্যালবুয়েন পাওয়া স্বাভাবিক; সঙ্কুচিত সূত্রগ্রহিতে (in contracted kidney) ম্যালবুয়েন থাকে না, কিন্তু ইঁচ থাকে।”

এই ব্যাধির ভোগকালে অগ্নিমান্দ্য (dyspepsia) বা শ্বাসনালীর প্রদাহ (Bronchitis) দেখা দিলে অথবা ব্যাধির শেষাবস্থার বধন হৃদপিণ্ডের কার্যে অক্ষমতা আসে,

তখন ম্যালবুয়েন এই পরিমাণ অত্যন্ত বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় ও প্রস্রাব পরিমাণে অনেক কমিয়া যায়।

নাড়ীশক্ত ও ইহার চাপ বৃদ্ধি, ধমনীর পুরু অবস্থা অন্তর্ভুক্ত হয়। হৃদপিণ্ড বিশেষতঃ, বাম ভেন্ট্রিকোল (left ventricle) আকারে বড় হইয়া পড়ে; এপেক্সের স্পন্দন (Apex beat) নীচের দিকে ও বাহিরের দিকে স্থানচ্যুত হইয়া পড়ে। এপেক্সের প্রথম শব্দ দ্বিগুণ (reduplicated), এওরটিক দ্বিতীয় শব্দ স্পষ্টতর প্রকৃত হয়।

শ্বাসনালীর প্রদাহ (Bronchitis), অগ্নিমান্দ্য (Dyspepsia), মাথা বেদনা রেক্টিনাতে রক্তপাত (Retinal hæmorrhage), শরীরে অত্যন্ত চুলকানি প্রকৃতি দেখা দিতে পারে। রক্তে সূত্রগ্রহির ব্যাধিজনিত বিকৃত জিনিষের বিস্তারিত প্রযুক্ত বৈকারিক লক্ষণ (Uræmic symptoms) এই প্রকার সূত্রগ্রহি-প্রদাহেই বিশেষভাবে পরিলক্ষিত হয়।

যদি কোন রোগীর নাড়ীর চাপ বৃদ্ধির (বিশেষতঃ—বাম ধমনীর গা পুরু হইয়া যায়) সহিত এপেক্সের স্পন্দন বাম দিকে স্থানচ্যুত হয়; এওরটিক দ্বিতীয় শব্দ স্পষ্টতর প্রকৃত হয়; প্রস্রাবের পরিমাণ অত্যন্ত বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় ও গুরুত্ব কম থাকে, ম্যালবুয়েনের পরিমাণ খুব কম হয় এবং মাঝে মাঝে হাইয়েলিন ও গ্রানুলার ইঁচ দেখিতে পাওয়া যায়, তাহা হইলে নিঃসন্দেহে পুরাতন ইন্টাষ্টিসিয়েল সূত্রগ্রহি প্রদাহ ধরিয়া লওয়া চলে।

পার্থক্য চূড়ান্ত প্রোগনিক্যালিক লক্ষণ

লক্ষণ	তরুণ মৃতপ্রাণিপ্রদাহ	পুরাতন প্যারাক্রাইমেটাস মৃতপ্রাণিপ্রদাহ	পুরাতন ইন্টার্সিয়েল মৃতপ্রাণিপ্রদাহ
অক্রিয়তা	(১) সাধারণত: হঠাৎ হয়। যদি তরুণ সংক্রামক ব্যাধির পরিণাম বশত: এই ব্যারাম হয়, তখন আক্রমণ ক্রমশ: হইতে পারে।	(১) ক্রমশ: হয়।	(১) ক্রমশ: হয়। চিকিৎসকের পরামর্শ নিবারণ অন্তর্ভুক্তী সময় মধ্যে ব্যাধি বেশ অগ্রসর হইতে পারে।
প্রস্রাব	(২) পরিমাণে অত্যন্ত কম, এমনকি প্রস্রাব বন্ধ হইয়া যাইতে পারে। প্রস্রাব বারে কমিয়া যায়; যেমন দিনে ১, ২ কি ৩ বার প্রস্রাব হয়।	(২) পরিমাণে কম হয়। প্রস্রাবের ঘোল আনা অভাব সম্ভব নয়। প্রস্রাব বারে কমিয়া যায় বটে; কিন্তু তাই বলিয়া শুষ্কপাবহার মত কম হয় না।	(২) প্রস্রাব পরিমাণে ও বারে খুব বাড়িয়া যায়। রাত্রিতে ৩, ৪, ৫ এমন কি ৬ বার পর্যন্ত প্রস্রাব করিতে উঠিতে হয়; কাজেই স্থনিদ্রা সম্ভব হয় না।
প্রস্রাবের আপেক্ষিক গুরুত্ব (Specific gravity)	৩ বেশী।	(৩) বেশী।	(৩) কম।
প্রস্রাবের রং	(৪) গাঢ় (লাল রং বিশিষ্ট)।	(৪) গাঢ় ঘন হরিদ্রা বর্ণ (Dirty yellow)।	(৪) হরিদ্রাভ (Lightly yellow)।
ক্যালকুলাস Albumen	(৫) পর্যাপ্ত।	(৫) পর্যাপ্ত।	(৫) যৎসামান্য মাত্র, নাও থাকিতে পারে।
ছাঁচ (Casts)	(৬) রক্ত (blood cast) হাইয়েলীন, গ্র্যানুলার, এপিথেলিয়েল প্রভৃতি।	(৬) ফেট (fatty casts) গ্র্যানুলার, এপিথেলিয়েল ইত্যাদি।	(৬) হাইয়েলিন, গ্র্যানুলার—এই জাতীয় ছাঁচ প্রত্যেক প্রকার মৃতপ্রাণিপ্রদাহে পাওয়া যায়, কাজেই তত দরকারী নয়। মরণ সাধিতে হইবে যে রক্তের ছাঁচ (blood cast) ও ফেট ছাঁচ (fatty cast) এ ক্ষেত্রে পাওয়া যায় না।

পার্কিনসন রোগের লক্ষণ

লক্ষণ	তরুণ রোগগ্রস্ত প্রদাহ	পুরাতন প্যারাকমাইটোস রোগগ্রস্ত প্রদাহ	পুরাতন ইণ্টেস্টিনেল রোগগ্রস্ত প্রদাহ
শোথ (Dropsy)	(৭) মুখে, চক্ষের পাতায়, পদগ্রন্থিতে ও পায়ের পাতায় বিশেষভাবে পরিলক্ষিত হয়। কোন কোন বিশেষ ক্ষেত্রে অবশ্য সর্কশরীর ব্যাপী শোথ দেখা দিতে পারে।	(৭) সর্কশরীর ব্যাপী শোথ হয়। এই শোথ সহজে আরাম হইতে চায় না।	(৭) সাধারণতঃ শোথ থাকে না; ব্যাধির শেষাবস্থায় হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া বৈলক্ষণ্যতা প্রযুক্ত শোথ বিশেষভাবে প্রকটিত হইতে পারে।
রক্তের চাপ (Blood pressure)	(৮) বৃদ্ধি পায়।	(৮) বৃদ্ধি পায়।	(৮) অত্যন্ত বৃদ্ধি পায়।
মূত্র বৈলক্ষণ্য বৈলক্ষণিক লক্ষণ (Uremic symptoms)	(৯) সচরাচর হয় না, প্রস্রাবের বোল আনা অভাবে দেখা দিতে পারে।	(৯) তরুণাবস্থা অপেক্ষা এ ক্ষেত্রে বেশী দৃষ্ট হয়।	(৯) অধিকাংশ স্থলেই হইতে পারে।
হৃদপিণ্ড	(১০) বিশেষ পরিবর্তিত হয় না। এণ্ডরটিক দ্বিতীয় শব্দ স্পষ্টতর শ্রুত হয় মাত্র।	(১০) হৃদপিণ্ড বিশেষতঃ, বামদিকের ভেন্ট্রিকোল (left ventricle) আকারে কিছু বড় হয়। এণ্ডরটিক দ্বিতীয় শব্দ স্পষ্টতর শ্রুত হয়।	(১০) বিশেষভাবে আকারে বড় হয় (becomes hypertrophied) ; এণ্ডরটিক দ্বিতীয় শব্দ দৃঢ় ও স্পষ্টতর শ্রুত হয়।
ধমনী (artery)	(১১) বিশেষ কোন পরিবর্তন হয় না, কেবল নাড়ীর চাপ বৃদ্ধি পায়।	(১১) নাড়ীর চাপ বৃদ্ধি পায়, শেষ অবস্থায় শক্ত ধমনী অনুভূত হয়।	(১১) ধমনীর গা পুরু হইয়া যায়, নাড়ী অত্যন্ত শক্ত হয়; নাড়ীর চাপ বিশেষভাবে বৃদ্ধি পায়।
উদরাময়াদি লক্ষণ	(১২) সাধারণতঃ থাকে না; কোন কোন ক্ষেত্রে বিবমিষা বমন হইতে পারে।	(১২) সাধারণতঃ পাওয়া যায়; বিশেষতঃ—উদরাময়, বমন ইত্যাদি।	(১২) অঙ্গীর্ণতা, উদরাময়, বমন ইত্যাদি।

ভাবীকল (Prognosis) :—এদেশে মূত্রগ্রন্থির তরুণ প্রদাহের (বিশেষতঃ—যদি ঠাণ্ডা হাওয়া লাগা বশতঃ হইয়া থাকে) ভাবীকল আশাশ্রয়। ইউরিমিয়া (Uremia), প্লেস্মিকবিম্বী প্রকোষ্ঠে (Scrous cavity) রস সঞ্চয় প্রভৃতি উৎকট উপসর্গ দেখা না দিলে, রোগী সাধারণতঃ আরাম হয়। মূত্রগ্রন্থির তরুণপ্রদাহ অচিকিৎসিতাবস্থায় থাকিলে পুরাতন ব্যাধিতে পরিণত হয়; তখন ভাবীকল মোটেই ভাল হয় না। পুরাতন প্যারেকাইমেটাস মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহ দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে দূরারোগ্য হয় এবং কখনও আরাম হয় না। পুরাতন ইন্টাটিসিয়েল মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহের ভাবীকল যৎপরোনাস্তি খারাপ; কিন্তু রোগী জীবনযাপনে সতর্ক থাকিলে অনেকদিন পর্যন্ত বাঁচিয়া থাকিতে পারে।

উপসর্গ (Complications) :—ইউরিমিয়া (Uremia); প্লেস্মিকবিম্বী প্রকোষ্ঠে রস সঞ্চয়, যেমন—হাইড্রোথোরাক্স, হাইড্রোপেরিকার্ডিয়াম, উদরী ইত্যাদি; সন্ধ্যাস, রেটিনাতে রক্তপাত (Retinal hæmorrhage); হৃদপিণ্ডের অক্ষমতা (Cardiac insufficiency); শ্বাসনালীর প্রদাহ (Bronchitis); ফুসফুসের প্রদাহ (Pneumonia), উদরায় প্রভৃতি উপসর্গ দৃষ্ট হয়।

প্রত্যেক প্রকারের মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহেই ইউরিমিয়া হইতে পারে। পুরাতন মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহেই ইহা সাধারণতঃ হইতে দেখা যায়; পুরাতন ইন্টাটিসিয়েল মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে ইহা বিশেষভাবে পরিলক্ষিত হয়।

প্লেস্মিকবিম্বী প্রকোষ্ঠে রসসঞ্চয়—সর্বশরীরব্যাপী শোথের অংশ মাত্র। ইহা পুরাতন প্যারেকাইমেটাস মূত্রগ্রন্থি প্রদাহে বেশী দেখা যায়। পুরাতন ইন্টাটিসিয়েল মূত্রগ্রন্থি প্রদাহে হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া বৈকল্যেও এরূপ হইতে পারে। সন্ধ্যাস ও রেটিনাতে রক্তপাত (Apoplexy or Cerebral hæmorrhage and retinal hæmorrhage) পুরাতন মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে হয়, কিন্তু এসব পুরাতন ইন্টাটিসিয়েল মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহেই সাধারণতঃ দৃষ্ট হয়।

চিকিৎসা (Treatment) :—মূত্রগ্রন্থির

তরুণ প্রদাহে, বিশেষতঃ—প্রভ্রাবে রক্ত থাকিলে রোগীর নিশ্চেষ্ট ভাবে বিছানার শুইয়া থাকা দরকার। ব্যাধির পুরাতন অবস্থায় এরূপ প্রয়োজন হয় না। তরুণ অবস্থায় অস্ত্রের ও চর্মের ক্রিয়া বর্ধিত করিয়া, মূত্রগ্রন্থিকে বিশ্রাম দেওয়া সম্ভব। চর্মের ক্রিয়াধিক্য প্রয়োজনে, রোগীকে গরম অবস্থায় রাখিতে হয় ও মূত্রগ্রন্থির ক্রিয়াধিক্য, প্রয়োজনবোধে রোগীকে ঠাণ্ডা অবস্থায় রাখা দরকার—ইহাই বোলিক বিধি। সুতরাং মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহের তরুণাবস্থায় রোগীকে গরম কাপড় দ্বারা ঢাকিয়া রাখা সম্ভব।

পথ্য (Diet) :—সহজ পাচ্য ও সাধারণ হওয়া উচিত। মূত্রগ্রন্থির তরুণ প্রদাহে পথ্যনির্বাচন এমন ভাবে করিতে হইবে, যাহাতে প্রয়োজনান্তিরিক্ত অব্যবহার্য্য বিবাক্ত জিনিষের (Waste products) বহিনির্গমনের ক্রিয়া মূত্রগ্রন্থির উপর না পড়ে। প্রথম কয়েকদিন শুধু জলসাপ্ত বালি জল ও ছুধের সহিত ব্যবস্থা করা উচিত। স্নরণ রাখিতে হইবে যে, শুধু দুধ পথ্যরূপে ব্যবহৃত হইলে অধিমান্য হইতে পারে। কাজেই তরুণ মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে ছুধের সহিত জলবালি, জলসাপ্ত প্রভৃতি মিশ্রিত করিয়া দেওয়া বাঞ্ছনীয়। উদরব্যাদি জঠর ও অন্ত্র সংক্রান্ত (Gastro—intestinal) উপসর্গ বর্ত্বানে দুধ না দেওয়াই উচিত। রুটি, মাখন, ঘোল, ফলের রস প্রভৃতি অবস্থা ভেদে ও প্রয়োজনবোধে যোগ্যতার সহিত ব্যবহার করা বাইতে পারে।

দুগ্ধ :—দুগ্ধ আদর্শ পথ্য। শরীর পুষ্টির জন্য যে সকল উপাদান প্রয়োজন, সে সবই ইহাতে আছে। ইহা সেবনের ফলে দূষিত জিনিষরূপে শরীর হইতে বহির্গত করিবার মত মূত্রগ্রন্থির (বৃককতন্ত্র) কিছু থাকে না; কারণ দুধের ছানাজাতীয় জিনিষ (protein) সম্পূর্ণরূপে শোষিত হইয়া যায়। দুধের অন্তর্ভুক্তক প্রভাবকারক গুণ আছে। কাজেই ইহা স্পষ্ট প্রতীয়মান হয় যে, দুধ হই ভাবেই উপকারে আসিতে পারে। বধা :—(১) ইহা সেবনের ফলে শরীরে পুষ্টি হয় ও শরীর হইতে কোন প্রকার

অবশিষ্ট জিনিষ (waste products) মূত্রগ্রন্থির বাহির করিতে হয় না; (২) ইহা অন্তঃকক্ষ প্রস্রাব কারকরূপে মূত্রগ্রন্থির বিষাক্ত জিনিষ বহির্গত করার কার্যের সহায়তা করে।

ছানা :—ছানা জাতীয় পথ্য সম্বন্ধে বিবেচনা করা দরকার। সবক্ষেত্রে ব্যবহার করা চলে না। গৌড়ামির বশীভূত হইয়া, ইহা (ছানা জাতীয় পথ্য) বর্জন করিলে কোন কোন রোগীতে অহিত হইতে পারে। এ সম্বন্ধে বিবেচ্য এই যে, যখন আমরা বুঝিতে পারি ইউরিয়া, ইউরিকএসিড প্রভৃতি ছানাজাতীয় জিনিষের পরিপাকের ও শোষণের পর অব্যবহার্য্য সামগ্রী (Nitrogenous waste products) শরীর হইতে বহির্গত করিবার মত সামর্থ্য মূত্রগ্রন্থির আছে, তখন ছানাজাতীয় পথ্য (Proteids) পথ্যরূপে ব্যবহৃত হইতে পারে, অন্তর্ধায় নহে। ইপ্‌ষ্টিন (Epstein) এর মতে মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহের চিকিৎসায় রক্তে ছানাজাতীয় উপাদানের বৃদ্ধি পাওয়ার ও মাখন জাতীয় উপাদান হ্রাস পাওয়ার চেষ্টা করা সঙ্গত।

এই ব্যাধিতে র্যালবুমেন নামক ছানাজাতীয় জিনিষ প্রস্রাবের সহিত বাহির হইয়া যায়; কিন্তু ছানাজাতীয় পথ্য ব্যবহারের ফলে ইহার কোন পরিবর্তন হয় না। কাজেই প্রস্রাবের র্যালবুমেনকে ছানাজাতীয় পথ্য ব্যবহারের মাপ কাঠি বিবেচনা করা ভুল হইবে। ছানাজাতীয় অব্যবহার্য্য সামগ্রী (nitrogenous waste products) রহিনির্গমনের মূত্রগ্রন্থির ক্ষমতার উপর একাজ নির্ভর করা উচিত।

লবণবিহীন পথ্য (Salt free diet) :—

শরীরে লবণ সঞ্চিত থাকিলে শোথ হয় অথবা শোথের রোগী দেখিলে আমরা মনে করি যে, শরীরে অস্বাভাবিক লবণ সঞ্চিত আছে। কাজেই এ অবস্থায় পথ্য হইতে লবণ বর্জন করা উচিত—এ কথা বলিলে অশ্রায় হয় না। তবে সকল রোগী লবণ ছাড়া চলিতেই পারে না, তাহাদিগকে ভাজা লবণ ব্যবহার করিতে অসম্মতি দেওয়ার বিধি আছে। ভাজা লবণের জল শোষণ করিবার ক্ষমতা (Hygro-

scopic power) থাকে না—এবিধার উপর নির্ভর করিয়াই এ প্রতিপ্রসব ব্যবহার প্রচলন মফঃবলে অন্ততঃ দেখিতে পাওয়া যায়। রোগীকে আহারের সময় পৃথক লবণ ব্যবহারের ব্যবস্থা কেহই সঙ্গত মনে করেন না। এই সকল কারণে ব্যাধির তরুণাবস্থায় সাণ্ড, বালি, শটী, দুধসাণ্ড, দুধবালি, দুধশটী ও ক্রমে পুরাতনাবস্থায় দুধভাত, দুধরুটী ইত্যাদি মিষ্টির সহিত অবস্থা ভেদে ব্যবস্থেয়।

জল :—মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহের রোগীকে জল খাইতে দেওয়া সম্বন্ধে আমি বিশেষ পক্ষপাতী নহি। জল শরীরের বিষাক্ত জিনিষ তরলাকারে বহির্গত করিয়া দেয়; মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে শরীরে বিষাক্ত জিনিষ থাকিয়া যায়। কাজেই এ ব্যাধিতে রোগীকে প্রচুর জল খাইতে দেওয়া সঙ্গত; এরূপ উপদেশ অনেকেই দিয়া থাকেন। এমতের সর্ব্বতোভাবে সমর্থন আমি করি না। কোন অঙ্গের বেদনা হইলে আমরা সেই অঙ্গ সঞ্চালন করিতে পারি না। এমত কি, ইহা দ্বারা কোন কার্য্য করিবার চিন্তাই বেদনা দায়ক মনে হয়। যদি তাই হয়, তাহা হইলে মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে প্রচুর জল সেবন পরামর্শ সিদ্ধ হইতে পারে না; কারণ জল মূত্রপথেই শরীর হইতে বহির্গত হয়। কাজেই মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহে জল খাইতে দিয়া (জল যতই অন্তঃকক্ষ মূত্রকারক হউক না কেন, মূত্রগ্রন্থির কাজ বাড়াইয়া দেওয়া সঙ্গত হইতে পারে না। মূত্রগ্রন্থিপ্রদাহের পুরাতন অবস্থায় প্রয়োজনবোধে জল দেওয়া যাইতে পারে; কিন্তু এ অবস্থায় শরীরে অস্বাভাবিক জল সঞ্চিত থাকিতে দেখা যায়; মূত্রগ্রন্থির জল নিকাশের অক্ষমতা প্রযুক্তই শরীরে জল জমে। এরূপ অবস্থায় রোগীকে জল খাইতে দিলে শোথ বৃদ্ধি পায়। এই কারণে শোথের রোগীর জল খাওয়া নিষেধ। কাজেই ইহা প্রতীয়মান হইতেছে যে, মূত্রগ্রন্থি প্রদাহে—তরুণ প্রদাহই হউক আর পুরাতন প্রদাহই হউক—জল ব্যবহারের সার্থকতা দেখা যায় না।

পিণাসার্থ রোগীকে জল দিতেই হইবে; পিণাসা দ্বারাই শরীরের জলের প্রয়োজনীয়তা আমরা বুঝিতে পারি। প্রকৃতিই (Nature) প্রেষ্ঠ পথপ্রদর্শক। উল্লিখিতাবস্থায়

সাধারণতঃ রোগীর পিপাসা থাকে না; কাজেই জলের প্রয়োজন হয় না। রোগীর পিপাসা থাকিলে এক্ষেত্রে অবশ্য জল দিতে হইবে।

পুরাতন ইণ্টেস্টিসিয়েল মুক্তগ্রন্থি প্রদাহে প্রস্ত্রাবাহিকা বশতঃ পিপাসা হয়, তখন জল দেওয়া নিতান্ত দরকার। এক্ষেত্রে শোথ থাকে না, ইহা লক্ষ্য করিবার বিষয়। এই ব্যাধির শেষাবস্থায় হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া বাকলো শোথ দেখা দিলে জল ব্যবহার অনুচিত।

ঔষধীয় চিকিৎসা (Medicinal treatment) :—পূর্বেই বলা হইয়াছে যে, চর্মের ও অন্ত্রের ক্রিয়া বর্ধিত করিয়া মুক্তগ্রন্থির বিশ্রাম দেওয়া কর্তব্য। চর্মের ক্রিয়া বৃদ্ধির জন্য ঘর্ষকারক ঔষধ মুখপথে ব্যবহার, ভাপরা (vapour bath) ও পাইলোকার্পিণ ইঞ্জেক্সন করা দরকার। চর্মের শিথিলতার জন্য সাধারণ ঘর্ষকারক ঔষধ খাইতে দিলে সফল পাওয়া যায় না। পাইলোকার্পিণ ইঞ্জেক্সন বিপজ্জনক বিধায়, মফঃবলে ব্যবহার করা নিরাপদ নয়। ভাপরা (vapour bath) গ্রাম দেশে সম্ভব হইয়া উঠে না। হৃদপিণ্ডের দুর্বলতা, প্রৈমিকঝিল্লী প্রকোষ্ঠে (in Serous cavities) বিশেষতঃ, ফুসফুসাবরণ ঝিল্লীতে বা ফুসফুসকোষে জল জমিলে পাইলোকার্পিণ ইঞ্জেক্সন করা অনুচিত। পাইলোকার্পিণ ব্যবহারের কুফল দেখা দিলে ক্লবিলস না করিয়া এট্রোপিন সালফেট অধঃস্থায়িক ইঞ্জেক্সন করা দরকার। মোটকথা—মফঃবলে পাইলোকার্পিণ ইঞ্জেক্সন না দেওয়াই উচিত।

বিরেচক ঔষধ (Purgatives) দ্বারা অন্ত্রের ক্রিয়া বৃদ্ধি করিয়া দেওয়া নিরাপদ; এতদর্থে ম্যাগনেসিয়াম সালফেট ও পালভ জালাপ কোঃ সাধারণতঃ ব্যবহৃত হইয়া থাকে। ম্যাগনেসিয়াম সালফেটের সেচুরেটেড সলিউশন্ (Saturated Solution of Magsulph) প্রাতে খালি পেটে ব্যবহার করা যাইতে পারে। যে সকল ক্ষেত্রে সেচুরেটেড সলিউশন্ দ্বারা বিরেচন ক্রিয়া (Purgation) ভালরূপে সম্পাদিত না হয়, সে সকল ক্ষেত্রে ম্যাগনেসিয়াম সালফেট ২ ড্রাম মাত্রায় ১½ ঘণ্টা অন্তর—অন্তর পরিষ্কার না

হওয়া পর্য্যন্ত—প্রাতে খালিপেটে ব্যবহারে উপকার পাওয়া যায়।

পূর্বেই উক্ত হইয়াছে যে, এ ব্যাধিতে শরীরে লবণ অস্বাভাবিক পরিমাণে সঞ্চিত থাকে ও ইহার ফলে শোথ দেখা দেয়। কাজেই ইহা সহজবোধ্য যে, শরীর হইতে সঞ্চিত লবণের বহির্নিঃসরণ ক্রিয়া বৃদ্ধি পাওয়ার চেষ্টা করা সম্ভব। এমন ক্লোরাইড (Ammon. chloride) ব্যবহারে সে কাস্টিক হয়। শরীরে সঞ্চিত লবণ বহির্ হইয়া গেলে, ম্যাগনেসিয়াম সালফেট ব্যবহারে বিশেষ ফল দর্শে। সে কারণ নিম্নলিখিত মিশ্র যোগ্যতার সহিত ব্যবহৃত হয়। যথা :—

১। Re.

এমন ক্লোরাইড, ... ১০ গ্রেণ।

ম্যাগনেসিয়াম সালফেট ... ২ ড্রাম।

টিং জিজার ... ১০ মিনিম।

একোয়া ... এড্‌ ১ আউন্স।

একত্র করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা; প্রাতে খালিপেটে ১½ ঘণ্টা অন্তর অন্তর পরিষ্কার না হওয়া পর্য্যন্ত সেবা।

এমন ক্লোরাইড মুক্তকারক ঔষধ বিধায় তরুণ মুক্তগ্রন্থি প্রদাহে ইহার ব্যবহার অনিষ্টকারক। একথা পাঠক দিগের স্মরণ থাকা দরকার।

যে সকল ক্ষেত্রে ম্যাগনেসিয়াম সালফেট কার্য্যকরী হয় না, সে অবস্থায় পালভ জালাপ কোঃ (Pulv. Jalap Co.) ২০ গ্রেণ মাত্রায় দিনে তিন চার বার ব্যবহার করিতে হয়। উদরাময়াদি বর্তমানে ম্যাগনেসিয়াম সালফেটের ব্যবহার অনিষ্টকর।

শোথ খুব বেশী না থাকিলে ও প্রস্ত্রাবের পরিমাণ স্বাভাবিক বা কিছু কম হইলে, তীব্র বিরেচক ঔষধ ব্যবহার করার দরকার হয় না; কেবল দেখিতে হয় যে, প্রত্যহ অল্প বাহাতে পরিষ্কার থাকে।

এতক্ষণ শোথ থাকিলে ও প্রস্ত্রাবের পরিমাণ কম হইলে বিরেচক ঔষধ ব্যবহারের কথা বলা হইল। কিন্তু

পুস্তক-ইন্টাটিসিয়েল মূত্রগ্রহিপ্রদাহে প্রস্রাবের পরিমাণ বেশী থাকে, শোথও থাকে না; এইরূপ অবস্থারও বিরুদ্ধে ঔষধ ব্যবহার করার সার্থকতা আছে ও ব্যবহৃত হইয়া থাকে। এইপ্রকার মূত্রগ্রহিপ্রদাহে আর্টারিও স্কেরোসিস (Arterio-sclerosis) থাকে ও রক্তের চাপ বৃদ্ধি পায়। অনবরত রক্তের চাপ বৃদ্ধি অবস্থায় থাকিলে, নাসিকা হইতে রক্তস্রাব, সন্ন্যাস (Apoplexy—Cerebral hæmorrhage) ও রেটিনাতে রক্তপাত (retinal hæmorrhage) প্রভৃতি হইতে পারে। রক্তবহা নাড়ীগুলি পুরু হইয়া যাওয়ার প্রস্রাব পাতলা হয় ও বিবাক্ত জিনিস অনেকাংশে শরীরে থাকিয়া যায়। বিরুদ্ধে ঔষধ, রক্তের চাপ কমায় ও শরীরের সঞ্চিত বিবাক্ত পদার্থ বাহির করিয়া দেয়।

মূত্রকারক (Diuretic) ঔষধের
ব্যবহার বিধি :—মূত্রগ্রহির তরুণ প্রদাহে, মূত্রকারক ঔষধের ব্যবহার অবিধেয়। ব্যাধি কিছু পুরাতন অবস্থায় প্রাপ্ত হইলে, অল্পভোজক ও কার্য জাতীয় মূত্রকারক ঔষধ, যেমন—পটাশ এসিটাস, পটাশ সাইট্রাস, স্পিরিট ইথার নাইট্রিক ইত্যাদি ব্যবহার্য। ব্যাধি পুরাতন হইলে উত্তেজক মূত্রকারক ঔষধ, যেমন—স্পিরিট জুনিপার, ডায়ুরেটিন (Diuretine) প্রভৃতি ব্যবহার করা উচিত। মূত্রগ্রহি যখন দুর্বলতা প্রযুক্ত অকর্ণ্য হইয়া পড়ে, তখন উত্তেজক মূত্রকারক ঔষধ উপকারী; কিন্তু মূত্রগ্রহির এই সকল ঔষধ বাহির করিয়া দেওয়ার ক্ষমতা পর্যন্ত লুপ্ত হইয়া গেলে, ইহাদের ব্যবহারে অনিষ্ট হইয়া থাকে। ইহা পাঠকদিগের স্মরণ থাকা নিতান্ত দরকার। পুরাতন ইন্টাটিসিয়েল মূত্রগ্রহিপ্রদাহে প্রস্রাবের পরিমাণ বৃদ্ধি পায়; অতরাং এক্ষেত্রে প্রস্রাবকারক ঔষধের ব্যবহার দরকার হয় না।

এই ব্যাধির প্রত্যেক অবস্থাতেই শরীরে ইউরিয়া (urea), থাকিয়া যায়। ইউরিয়ার সব চেয়ে বেশী মূত্রকারক গুণ আছে (Best Diuretic)। কাজেই মূত্রগ্রহির প্রদাহে, বিশেষতঃ—তরুণ প্রদাহে মূত্রকারক ঔষধ ব্যবহার

করার জন্ত বিশেষ ব্যত্যয় কারণ থাকে না। মূত্রগ্রহির অক্ষমতা প্রযুক্তই প্রস্রাবের পরিমাণ হ্রাস হয়।

আয়োডাইড্ (Iodides) প্রস্রাবকারক, উপদংশ ব্যাধিতে হিতকর, আর্টারিও স্কেরোসিস ও রক্তের চাপ কমায়। এই সকল কারণে শোথ সংযুক্ত পুরাতন প্যারেকাইমেটাস্ মূত্রগ্রহি ও শোথবিহীন পুরাতন ইন্টাটিসিয়েল মূত্রগ্রহিপ্রদাহে যোগ্যতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে। আয়োডাইড্কে শরীর হইতে বহির্গত করিয়া দেওয়ার ক্ষমতা মূত্রগ্রহির না থাকিলে, ইহা শরীরে ক্রমে সঞ্চিত হইতে থাকে ও পরিণামে আয়োডাইডের বিষক্রিয়া প্রকাশ পায়। আয়োডাইড্ ব্যবহার করার সময় এ বিষয় লক্ষ্য রাখা উচিত। সে কারণ পুরাতন ইন্টাটিসিয়েল মূত্রগ্রহিপ্রদাহ ছাড়া অল্প অবস্থায় সচরাচর ইহার ব্যবহার দেখিতে পাওয়া যায় না।

ডায়ুরেটিন (Diuretine), স্পিরিট জুনিপার, টিং সিলি স্ট্রি এপোসিয়ানাম্ প্রভৃতি উগ্র প্রস্রাবকারক ঔষধ মূত্রগ্রহির তরুণ প্রদাহে প্রয়োগ করা অবিধেয়। যে স্থলে মূত্রকারক ঔষধ ব্যবহারের দরকার হয়, সে স্থলে একটুকু পুনর্বা লিকুইড ব্যবহার করা যায়।

মূত্রগ্রহিপ্রদাহ প্রযুক্ত রক্তাক্ততা ও ম্যালবুয়েনের নিঃসরণ কমাইবার জন্ত টিং ফেরি পারক্লোরাইড বিশেষ উপযোগী।

টিং ডিজিটেলিস প্রভৃতি যে সকল ঔষধের প্রয়োগে রক্তের চাপ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হয়, সে সকল ঔষধ মূত্রগ্রহিপ্রদাহে ব্যবহার করা অস্বচিত। এই ব্যাধিতে রক্তের চাপ বৃদ্ধি পায়; এ অবস্থায় এ সকল ঔষধের ব্যবহারে সন্ন্যাস (Apoplexy—Cerebral hæmorrhage), রেটিনাতে রক্তপাত (retinal hæmorrhage) প্রভৃতি হইতে পারে।

মূত্রগ্রহিপ্রদাহের শেষাবস্থায় হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া বৈলক্ষণ্যে—হৃদপিণ্ড দুর্বল, প্রস্রাব কম ও নাড়ীর চাপ কম হইলে টিং ডিজিটেলিস, টিং স্ট্রোকাস্ প্রভৃতি ঔষধ ব্যবহার।

মুক্তগ্রহিপ্রদাহের তরুণাবস্থার পর নিম্নলিখিত মিশ্র ব্যবহার করা বাইতে পারে।

২। Re.

পটাশ সাইট্রাস্	...	১৫ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
সোডা বেঞ্জোয়াস	...	৫ গ্রেণ।
স্পিরিট ইথার নাইট্রিক্	...	১৫ মিনিম।
একট্রাক্ট পুনর্বা লিকুইড	...	১/২ ড্রাম।
লাইকার এমন সাইট্রেটস্	...	২ ড্রাম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা, এইরূপ ৬ মাত্রা; দিনে তিনবার সেব্য।

মুক্তগ্রহিপ্রদাহের পুরাতন অবস্থায় ও শোধ বর্তমানে নিম্নলিখিত মিশ্র যোগ্যতার সহিত ব্যবহৃত হয়। যথা :—

৩। Re.

ডায়ুরেটিন্	...	১০ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
সোডা আরোডাইড্	...	৫ গ্রেণ।
এমন ক্রোরাইড্	...	১০ গ্রেণ।
স্পিরিট জুনিপার	...	৫ মিনিম।
টিং এপোসিয়েনাম	...	১০ মিনিম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা; দিনে তিনবার সেব্য।

মুক্তগ্রহিপ্রদাহের শেষাবস্থায় জ্বপিণ্ডের ক্রিয়া বৈকল্যে ও শোধ বর্তমানে নিম্নলিখিত মিশ্র উপযোগী। যথা :—

৪। Re.

টিং ডিজিটেলিস্	...	১০ মিনিম।
টিং ট্রোফেন্থাস্	...	৫ মিনিম।
টিং এপোসিয়েনাম	...	১০ মিনিম।
টিং সিলি	...	৫ মিনিম।
একট্রাক্ট অর্জুন লিকুইড্	...	১/২ ড্রাম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা; দিনে তিনবার সেব্য।

সমগুণ বিশিষ্ট কয়েকপদ ঔষধের মিশ্রণে একে অন্তর ক্রিয়া বৃদ্ধি করে ও ফল ভাল হয়। এই কারণে উল্লিখিত মিশ্রে ডিজিটেলিস্, ট্রোফেন্থাস্ প্রভৃতির একত্র সমাবেশ করা গেল।

এই ব্যাক্সির রক্তাক্ততায় সিরাপ হিসোমোবিন্ ও নিম্নলিখিত মিশ্র ব্যবহৃত হয়। যথা :—

৫। Re.

কুইনাইন সাংকেট	...	১/২ গ্রেণ।
এসিড্ এন্‌ এম্‌ ডিল	...	১০ মিনিম।
টিং ফেরি পারক্লোরাইড্	...	৫ মিনিম।
টিং নক্স ভমিকা	...	১০ মিনিম।
টিং কলবা	...	২০ মিনিম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা; দিনে তিনবার সেব্য।

কুইনাইন ও টিং ফেরি পারক্লোরাইড্ দ্বারা র্যালব্যুমেন নিঃসরণ কম হয়। উল্লিখিত মিশ্র উত্তম বলকারক ও রক্তাক্ততায় হিতকর।

রক্তাক্ততা ও উদরাময়াদি বর্তমানে উপরোক্ত মিশ্র না দিয়া নিম্নলিখিত মিশ্র ব্যবহৃত হয়। যথা :—

৬। Re.

ফেরি এট্‌ এমন সাইট্রাস্	...	৫ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
স্পিরিট ক্রোরোফর্ম	...	১০ মিনিম।
টিং নক্স ভমিকা	...	১০ মিনিম।
টিং কলবা	...	২০ মিনিম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা; দিনে তিনবার সেব্য।

রোগ-নির্ণয়-তত্ত্ব

Diagnosis.

লেখক—ডাঃ শ্রীসতীভূষণ মিত্র B. Sc. M. B.

চাউস সার্জন, দিবাপাতিয়া রাজ হস্পিটাল

—:~:~:~:—

(১) মূত্রে শর্করা বর্তমান পরীক্ষার
নূতন সূক্ষ্ম তথ্য

—:~:~:~:—

১টী কাঁচের টেষ্ট টিউবে ১ সি, সি, পরিমাণ মূত্র গ্রহণ কর এবং তাহাতে ১০ সি, সি, পরিমাণ জল সংযোগ কর। এইবার ইহাতে কিঞ্চিৎ পরিমাণ ফেনিল হাইড্রোজিন অক্সালেট (Phenyl hydrozin oxalate) সংযোগ করতঃ ইহা সম্পূর্ণরূপে বিগলিত না হওয়া পর্যন্ত স্পিরিট ল্যাম্প শিখায় উত্তপ্ত করিতে থাক। অতঃপর ইহার সহিত পটাশিয়াম হাইড্রোক্সাইডের (Potassium Hydroxide) ১০% পাসেন্টে ড্রবের ১০ সি, সি, পরিমাণ মিশ্রিত করিয়া লও। এই মিশ্রিত দ্রব ২১২ বার ঝাঁকাইয়া লইলেই যদি শর্করা বর্তমান থাকে, তাহা হইলে গভীর লোহিতবর্ণের অথবা লোহিতাভ বেগুনে (ভায়লেট) বর্ণে ইহা রূপান্তরিত হইবে। এই পরীক্ষায় এমন কি, ১/২০—১% শর্করা বর্তমান থাকিলেও ধরা পড়িবার বিশেষ সম্ভাবনা। মূত্রে অণুলালা বর্তমান থাকিলেও শর্করা পরীক্ষার ফলের কোনও ব্যতিক্রম হয় না। ইহাকে রাসায়নিকগণ “রীগলার্স পরীক্ষার ফল” বলিয়া অভিহিত করেন।

(Pract. Med.)

(২) উদর প্রদেশের ভৌতিক
পরীক্ষা

—:~:~:~:—

উদর প্রদেশের ভৌতিক পরীক্ষার সাহায্যার্থ, ডাঃ ফাশু ১ লিটার লবণ-দ্রব (স্ত্রালাইন্ সলিউশন-নাম্মাল) সরলান্বপথে প্রয়োগ করিয়া, রোগীর উদর প্রদেশ পরীক্ষা করিবার উপদেশ দেন। ইহাতে স্ত্রালাইন্-সলিউশন অল্প যত্নে প্রবিষ্ট হইয়া, অন্ত্রাদিকে আরও স্পষ্টতর করিয়া তুলে, যাহাতে পরীক্ষক সহজেই দৈহিক অল্প যন্ত্রাদি হইতে অন্ত্রকে বিশিষ্টভাবে পৃথক করিতে পারেন। ইহাতে এই যন্ত্রটির সহিত অল্প দেহবস্ত্রের সম্বন্ধও স্পষ্ট হইয়া উঠে। চিকিৎসক অতি সহজেই সন্দর্শন, স্পর্শন ও প্রতিঘাত শব্দাদির দ্বারা সহজেই রোগ নির্ণয় করিতে সমর্থ হন। ইহার দ্বারা, বক্রতা, প্রীহা, বৃক্ককষ্ম এবং পাকাশয়ের নিরাংশের সম্বন্ধ অতি সহজেই নির্ণীত হইতে পারে।

(Progressive Medicine)

(৩) প্রথমাবস্থায় পাকাশয়ের
ক্যান্সার রোগ-নির্ণয় প্রণালী

—:~:~:~:—

ডাঃ নোয়েভার পীড়ার প্রথম অবস্থাতেই পাকাশয়ের ক্যান্সার রোগ নির্ণয় করিতে, নিম্নলিখিত উপায় অবলম্বন করিতে উপদেশ দেন। যথা :—

- (১) আণুবীক্ষণিক পরীক্ষার দ্বারা রোগীর মূলে রক্ত আছে কি না তাহার নির্ণয়।
- (২) বাস্তব পদার্থ রাসায়নিক পরীক্ষার দ্বারা তন্মধ্যে হাইড্রোক্লোরিক এসিড ও ল্যাটিক এসিডের বর্তমানতা বা অবর্তমানতা—নির্ণয়। এই বাস্তব পদার্থ অণুবীক্ষণ যন্ত্র সাহায্যে পরীক্ষার দ্বারা তন্মধ্যে “বোয়াস—ওপলার” (Boas—Oppler) ব্যাসিলাস বা জীবগুর অন্বেষণ করা।
- (৩) মূত্রপরীক্ষার দ্বারা তন্মধ্যে “ক্যাটা এসিডস” এবং “ব্রু বিউমোসিস” বর্তমান আছে কি না—তাহার সন্ধান করা।
- (৪) রোগীর রক্ত পরীক্ষা করা।

(Jour de Bruxelles.)

(৪) রোগ-নির্ণয়ে জিহ্বা পরীক্ষার আবশ্যকীয়তা

—:—

কেবলমাত্র জিহ্বা পরীক্ষার দ্বারাই অনেক রোগ-নির্ণয়ের বিশেষ সাহায্য হইয়া থাকে। চীকাগো টাইমস নামক সাময়িক পত্রিকায় এই সম্বন্ধে একটা বিশেষ উপদেশ পূর্ণ সংক্ষিপ্ত প্রবন্ধ প্রকাশ পাইয়াছিল; তাহার সারমর্ম এইস্থানে অনূদিত হইল।

জিহ্বা শুষ্ক থাকিলে অথবা সামান্য সরস থাকিলে, অস্ত্রের পীড়া বৃদ্ধি পাইতেছে, বুঝিতে হইবে।

কাটা কাটা জিহ্বা দ্বারা বৃক্কবন্ত্রের প্রদাহ অথবা উহার প্রাথমিক-ক্রিয়ার বৈলক্ষণ্য-বিজ্ঞাপিত হয়।

পীতবর্ণের মলাবৃত্ত জিহ্বা দেখিয়া বুঝিতে হইবে যে, বৃক্কের ক্রিয়া বৈলক্ষণ্য উপস্থিত হইয়াছে; সুতরাং রোগীকে বৃক্কের ক্রিয়াবর্ধক, পিত্তনিঃসারক এবং তিস্তবলকারক ঔষধ ব্যবস্থা করিবে। জিহ্বার উপর লালবর্ণের দানা,

অথবা জিহ্বা গভীর লোহিতবর্ণ দেখা গেলে, শাকাশয়ের উত্তেজনা-বিশেষতঃ, পাকস্থলীর শৈল্পিকবিল্লীর উত্তেজনা হইয়াছে—বুঝিতে হইবে। ইহা রোগীর দৌর্বল্য এবং পরিপাক ক্রিয়ার হ্রাস জ্ঞাপক। এইরূপ স্থলে রোগীকে বিশ্রাম, নব্বভমিকা, উষ্ণ-পথ্য অল্পমাত্রায় প্রতীবারে এবং আহারান্তে বিস্মাণ ও পেপসিনের ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

বিস্তৃত, বিবর্ণ জিহ্বা, জিহ্বার শেবাংশ মলাবৃত্ত লক্ষণে রোগীর এটনী অত্যন্ত অগ্নাধিকা পীড়া হইয়াছে বুঝিবে এবং ক্ষার যিষ্ট্র (এলকালীন) ও টনিকের ব্যবস্থা করিবে।

সঙ্কুচিত জিহ্বা দ্বারা পাক-ক্রিয়ার অক্ষমতা বুঝিবে। ইহাতে রোগীর পথ্যাদির প্রতি তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখিবে। অরীয় উত্তাপ বৃদ্ধি পাইলে, শৈল্পিকবিল্লীর প্রদাহে, খাত্তজব্য জীর্ণ না হইলে, এইরূপ জিহ্বা দেখা যায়। এইরূপ স্থলে কদম্ব-ও-উগ্র বিরেচক ঔষধ-প্রয়োগ করিও না; তাহাতে উপকার না হইয়া অপকার হইতে পারে। মৃদু বিরেচক ঔষধ প্রয়োগে, ইহাতে সুন্দর উপকার হইয়া থাকে।

রোগীর জিহ্বার অগ্রভাগ গভীর লোহিতাভবর্ণ বিশিষ্ট থাকিলে এবং তৎসহ অজ্ঞাত লক্ষণ বর্তমানে, টাইফয়েড, অর-বলিয়া সন্দেহ করিবে। এইরূপ স্থলে, বিশেষ বিচক্ষণতার সহিত অজ্ঞাত লক্ষণ পর্যালোচনা করতঃ, পীড়া নির্ণয় ও চিকিৎসা করিবে।

বিস্তৃত, পুরু জিহ্বা, জিহ্বার উপরস্থ দানাসমূহ স্পষ্ট দেখা যায় না ইত্যাদি লক্ষণে, রোগীর রক্ত বিষাক্ত হইয়াছে বলিয়া সন্দেহ করিবে। এইরূপ জিহ্বা টাইফয়েড পীড়ার বিশেষ অসঙ্গল পরিচায়ক। এইরূপ জিহ্বা গভীর লোহিতবর্ণ ধারণ করিলে, এসিড, সালফ, ডিল এবং ফ্যাকাশে বর্ণ ধারণ করিলে, সাল্‌ফাইট অব সোডা ব্যবস্থায়। তরল পথ্য অল্প পরিমাণে উষ্ণ থাকিতে থাকিতে পান করিতে দেওয়া ভাল।

গভীর লোহিত বর্ণ বিশিষ্ট জিহ্বা এবং তদুপরি গাঢ় মলাবরণ বর্তমানে, রক্তের বিষাক্ততা হইয়াছে বলিয়া সন্দেহ করা যায়। গভীর পীত বা কৃষ্ণ বর্ণের মলাবৃত্ত জিহ্বা,

টাইকয়েড্‌ অথবা রক্ত বিবাক্ততার পরিচায়ক।

বিবর্ণ মলারূত জিহ্বা দ্বারা অস্বাভাবিক, বুখা যায়।
অর-রোগীর এইরূপ জিহ্বা দেখা যায়।

সমুচিত স্ফ্রাগ্রভাগ বিশিষ্ট জিহ্বা—বাহ্য রোগী-
মুখগহ্বর হইতে বাহির করিয়া স্থির রাখিতে অক্ষম কখনও
কখনও এইরূপ জিহ্বা মুখ বিবরের একদিকেই অধিকতর
ভাবে বিবাক্ত করে; এই প্রকৃতির জিহ্বা দ্বারা যন্ত্রের
এবং মস্তিষ্কের পীড়া জ্ঞাপক।

বিশেষ বয় ও বিচক্ষণতার সহিত লক্ষণাদি আলোচনা
করিয়া, রোগীর রোগ নির্ণয় করিবে।

ওক জিহ্বা, সর্বদাই অরতাব অথবা কোন প্রাণাহিক
পীড়া জ্ঞাপক; ইহা দ্বারা কখনও কখনও দ্বারা মণ্ডলীর
পীড়াও সন্দেহ করিতে হয়।

পুরু জিহ্বা এবং জিহ্বাগ্রভাগ উচ্চদিকে বক্র লক্ষণ
দ্বারা, দ্ব্যক্রেতের 'এটনী' (Atony) সন্দেহ করিবে
এবং উদ্ভেজক ঔষধ, নর ভরিকা কিংবা স্ট্রিকনিয়া ও
কুইনিন্‌ ব্যবস্থা করিতে পারা যায়।

জিহ্বার লক্ষণাদি দ্বারা বহু কঠিন পীড়ার বিবৃতি,
যথাসময়েই ধরিতে পারা যায়। চিকিৎসক বিশেষ বিবেচনা
ও বিচক্ষণতার সহিত জিহ্বার অবস্থা পরীক্ষা করিবেন।

(Chicago Medical Times)

এক্সাম্পিসিয়া Eclampsia.

লেখক—শ্রী কালীপদ ব্রাহ্ম—মেডিকেল অফিসার

লোচনমণি বোর্ড ডিস্পেন্সারী, মেদিনীপুর

—:0:0:—

গর্ভাবস্থার ও প্রসবকালীন অথবা প্রসবের পর মৃগী
রোগের ভাব কিট হইলে, সাধারণতঃ তাহাকে
“এক্সাম্পিসিয়া” বলে; ইহার সঙ্গে প্রায়ই মূত্রগ্রন্থির ক্রিয়া
বিকৃতি বর্তমান থাকে।

লক্ষণ (Symptoms) :—এই রোগে মৃগী
রোগের ভাব রোগিণী অজ্ঞান হইয়া যায়; চক্ষু রক্তবর্ণ
ধারণ করে ও দৃষ্টিশক্তির অন্নতা হয়; হাত পা আক্ষেপবৃত্ত
হয়, দাঁতে দাঁত লাগে; সাধারণতঃ অজ্ঞান হই পাঁচ
আড়াই ভাব (বেঁচিয়া বাঁড়া) দেখায়, তবে অনেক সময়ে
এক অঙ্গ অঙ্গ অপেক্ষা বেশী আড়াই ভাব দেখায়।
কিটের সময় রোগীর মুখ প্রায় নীলবর্ণ ধারণ করে ও দম
বন্ধ হওয়ার ভাব হয়। এই সময়ে নাড়ীর (Pulse)-
স্পন্দন দ্রুত এবং নাড়ী পৃষ্ট হয়। এক একটা কিট এক
মিনিটের বেশী স্থায়ী হইতে দেখা যায় না; যে সকল

রোগীর ২৫টির বেশী কিট হয়, তাহাদের মধ্যে প্রায় অর্ধেক
রোগী মারা যায়। কোনও কোনও রোগীর কিটের পর
জ্ঞান হয়, আর কোনও কোনও রোগীর জ্ঞান হয় না;
অজ্ঞান অবস্থাতেই পড়িয়া থাকে। এই রোগ প্রায়
প্রথম গর্ভাবস্থার কখনও কখনও প্রসবের পরও দেখা
যায়।

প্রস্রাব (Urine) :—এই রোগে প্রস্রাবে
এলবুমেন (Albumen) এত বেশী থাকে যে, প্রস্রাব
ফুটাইলে জমিয়া যায়। প্রস্রাব পরিমাণেও কম হয় এবং
প্রস্রাবের আপেক্ষিক গুরুত্ব (Sp. gravity) বেশী হয়।

উত্তাপ (Temperature) :—অধিকাংশ
ক্ষেত্রে দৈনিক উত্তাপ স্বাভাবিক (normal) অপেক্ষা
কিছু বেশী হয়; কখনও কখনও অর ১০০—১০৬° ডিগ্রী
পর্যন্ত উঠিতে দেখা যায়।

রক্ত সঞ্চাপ (Blood pressure) :-

রক্ত সঞ্চাপ (ব্লাড প্রেসার) খুব বেশী হয়। একজন কখনও কখনও শিরা (vein) কাটিয়া ২০—৩০ আউল রক্ত বাহির করিয়া দিতে দেখা গিয়াছে।

এই রোগের কারণ এখনও ঠিক জানিতে পারা যায় নাই; তবে এক রকম বিষাক্ত পদার্থ (Toxin) শরীরের মধ্যে সৃষ্টি হইয়া এই রোগের উৎপত্তি করে, তাহাতে সন্দেহ নাই।

ভাবীফল (Prognosis) :-

একাধিক সন্তানের জননী হইলে মৃত্যু ভয় বেশী। প্রথম পোরাতির ভাবীফল অপেক্ষাকৃত মন্দ নহে। গর্ভকালীন পীড়ার আক্রমণের পর সন্তান প্রসূত হইলে রোগিণীর অবস্থা প্রায় ভালর দিকে বাইতে দেখা যায়।

চিকিৎসা (Treatment) :-

সাধারণতঃ নিম্নলিখিতরূপে এই পীড়ার চিকিৎসা করা হয়।

(ক) যদি দেখা যায় যে, রোগিণীর এক বা ততোধিক ফিট হইয়াছে এবং রোগিণীর অজ্ঞান অবস্থা তত বেশী নয়, তাহা হইলে প্রথমে গরম জলে সাবান তুলিয়া রেজ্টাল ডুস (Rectal douche) দিয়া বাহু করাওয়া, তারপর মফিয়া হাইড্রোক্লোর $\frac{1}{8}$ গ্রেন মাত্রায় ইন্ট্রামাস্কিউলার (Intramuscular) ইন্জেক্সন দিলে উপকার পাওয়া যায়।

রোগিণীর ঘরটা বাহাতে অন্ধকার হয় এবং ঘরে লোক জনের গোলমাল বাহাতে না হয়, তাহার বন্দোবস্ত করা আবশ্যক, রোগিণী যদি ২১২ ঘণ্টার মধ্যে নিদ্রিত না হয় বা ফিট বন্ধ না হয়, তবে পুনরায় ঐরূপ ভাবে $\frac{1}{8}$ গ্রেন মফিয়া হাইড্রোক্লোর ইন্জেক্সন করা কর্তব্য; রোগিণী ঘুমাইলে বা ফিট বন্ধ হইয়া গেলে, আর মফিয়া ইন্জেক্সন করা উচিত নহে।

(খ) টমাকটীউব দ্বারা পাকস্থলী খোঁচ করিয়া দিলে উপকার হয়; এতদ্ব্যতীত ১ পাইন্ট জলে সোডি বাইকার্ব ১ ড্রাম দ্রব করিয়া লওয়া কর্তব্য। রোগিণীকে প্রচুর পরিমাণে জল পান করিতে দেওয়া উচিত।

আবার—৫

(গ) মাঝে মাঝে রোগিণীর গলার মধ্যে লাল, কমানের দ্বারা পরিষ্কার করিয়া দেওয়া আবশ্যক এবং রোগিণীকে এমন ভাবে পোরাইয়া রাখা কর্তব্য যেন, তাহার মুখের সমস্ত লাল বাহির হইয়া যায়। রোগিণীকে বিছানা হইতে একবারেই উঠিতে দেওয়া উচিত নয়।

(ঘ) যদি রোগিণীর নিরত ফিট হইতে থাকে, তবে ফিটের সময় ক্লোরোফর্ম গুঁকাইয়া অজ্ঞান করিয়া রাখা কর্তব্য।

(ঙ) যদি রোগিণীর ফিটের পর অজ্ঞান হইয়া যায় এবং উত্তাপ (Temperature) $100-108$ অথবা এতদপেক্ষাও বেশী হয়, তবে মস্তকে বরফ প্রয়োগ বা বরফ অভায়ে মাথায় ঠাণ্ডা জল দিয়া ঘুমাইয়া অঙ্গপটীর ব্যবস্থা করা উচিত।

(চ) ফিটের পর রোগিণীর গাঢ় অজ্ঞান অবস্থা সহ যদি উত্তাপ (Temperature) স্বাভাবিক (normal) বা তদপেক্ষা কম, মুখ রক্তশূন্য ফেকাশে ও নীলবর্ণ বিসিট, নাকী পূর্ণ ও শক্ত হয়, তাহা হইলে এই অবস্থার ডেরাট্রোন (veratrine) $\frac{1}{2}$ সি, সি হইতে ১ সি সি, মাত্রায় রোগিণীর অবস্থানুযায়ী হাইপোডার্মিক ইন্জেক্সনরূপে প্রয়োগ করিলে উপকার হয়।

এই সময়ে একটা শিরা কাটিয়া ১৫—২০ আউল রক্ত বাহির করিয়া দিয়া, সেই শিরাতে নরমাল স্যলাইন ২ পাইন্ট ইন্জেক্সন করিলে সুফল পাওয়া যায়।

কেহ কেহ রেজ্টাল স্যলাইন (Rectal Saline) প্রয়োগ করিয়া থাকেন। রোগিণীকে প্রসব করাইবার জন্য তাড়াতাড়ি না করিয়া প্রকৃতির উপর নির্ভর করাই ভাল। তবে যদি কোনরূপ অস্বাভাবিকতা লক্ষিত হয়, তাহা হইলে অন্তর্ভুক্ত অর্থাৎ এক্সাম্পলিয়া না হইলে, বেরূপ করা উচিত এক্ষেত্রেও সেইরূপ করা আবশ্যক।

ঔষধীয় চিকিৎসা (Medicinal Treatment) :-

রোগিণীর অবস্থা অনুযায়ী, ম্যাগ্নেসিয়াম সালফ, ক্লোরেল হাইড্রেট, পটাশ ব্রোমাইড, সোডি বাইকার্ব

সোডি-সাইট্রাস, ইউরোট্রিন, টিং ডিজিটেলিস ইত্যাদি ২। Re.

ব্যবস্থা করা হইয়া থাকে।

পন্থ্যঃ—হৃৎস্পন্দ, জলবারী, ছানার জল, বেদনানার জল ইত্যাদি।

চিকিৎসিত রোগিণীর বিবরণঃ—
নিম্নে আমার চিকিৎসিত একটা রোগিণীর বিবরণ উল্লিখিত হইল।

রোগিণী : জনৈক হিন্দু স্ত্রীলোক ; বয়স ১৫।১৬ বৎসর। এই প্রথম পোয়াতি—দশমাসের গর্ভাবস্থা। গত ৪টা মে (১৯২৯) বেলা ৪টার সময় এই রোগিণীর চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থাঃ—গুলিাম রোগিণীর অল্প বেলা ১টা হইতে প্রায় ৫।৭ মিনিট অন্তর ফিট হইতেছে। এক্ষণে রোগিণী অজ্ঞান অবস্থার পড়িয়া আছে। ২।৩ বার ডাকিলে মাত্র সাড়া দেয়। নাড়ী দ্রুত ও দুর্বল ; হৃৎপিণ্ড (heart) দুর্বল ; অর ১০২ ডিগ্রি। প্রাতঃকাল হইতে বাহ্য প্রস্রাব হয় নাই। আমি উপস্থিত হইবার ১০।৫ মিনিট মধ্যেই দুই তিন বার ফিট হইল। অতঃপর আর কাল বিলম্ব না করিয়া তৎক্ষণাৎ রেক্টাল ডুস (Rectal douche) দ্বারা বাহ্য করাইবার চেষ্টা করিলাম, কিন্তু বাহ্য হইল না। ফিট উপশম করণার্থ ১/৪ গ্রেণ মর্ফিয়া হাইড্রোক্লোরাইড ইঞ্জেকসন দিয়া রোগিণীকে নির্জনে রাখিবার জন্য উপদেশ দিলাম এবং মাথায় জলপটীর ব্যবস্থা করিয়া দিচ্চলিয়া আসিলাম।

৪।১।২৯ সন্ধ্যা ৮টাঃ—সংবাদ পাইলাম যে, রোগিণীর ফিট, বেলা ৫টা হইতে এ পর্যন্ত মাত্র ৩ বার হইয়াছে; পূর্বেকার ফিটের অপেক্ষা ফিটের স্থায়ীত্ব কিছু কম। প্রস্রাব ও নিদ্রা আদৌ হয় নাই। নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

ইউরোট্রিন ... ১০ গ্রেণ।

একমাত্রা। এইরূপ ২ মাত্রা। জল সহ প্রতি মাত্রা দুই ঘণ্টার ব্যবস্থা।

পটাশ ব্রোমাইড ... ১০ গ্রেণ।

ক্লোরেল হাইড্রেট ... ৫ গ্রেণ।

সোডা বাইকার্ব ... ১০ গ্রেণ।

টিং ডিজিটেলিস ... ৫ মিনিম।

স্পিরিট ক্লোরোফর্ম ... ১০ মিনিম।

একোয়া ... এড ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া একমাত্রা। এইরূপ ২ মাত্রা।

১ নং পুরিয়া ১টা খাওয়ারিবার পর ১ ঘণ্টা বাদে, এই মিক্সচারটা ৩ ঘণ্টা অন্তর খাওয়াইতে বলিলাম। রোগিণী ঘুমাইয়া গেলে ঔষধ বন্ধ করিতে বলিলাম।

৩। Re.

ম্যাগ সাণফ ... ৪ ড্রাম।

একোয়া ... এড ১ আউন্স।

একত্রে একমাত্রা। প্রত্যুবে সেব্য।

৫।৫।২৯ প্রাতে ৭টার সময়ঃ—সংবাদ পাইলাম যে, ২নং মিক্সচার এক মাত্রা খাওয়ারিবার অন্তর পুনর্বেই রোগিণীর নিদ্রা হইয়াছিল এবং ফিট আর আদৌ হয় নাই। একবার দুর্গন্ধযুক্ত বাহ্য ও একবার প্রায় ৭।৮ আউন্স প্রস্রাব হইয়াছে। আরও গুলিাম যে, রোগিণীর প্রস্রাব বেদনা উপস্থিত হইয়াছে এবং ধাই বড়িয়াছে যে, ছেলে প্রসববারের নিকট আসিয়াছে। আমি গিয়া দেখিলাম যে, ধাই কর্তৃক ছেলে প্রসব করান হইয়াছে। বাড়ীর লোকের নিকট জ্ঞাত হইলাম যে, ছেলে আপনি প্রসব হইতেছিল, কিন্তু ধাই পুরকারের লোভে হস্ত দ্বারা প্রসবকার্য সম্পন্ন করিয়াছে। বাহ্য হউক, অতঃপর আমি ধাইকে গরম জলে কার্কটিক সাবান গুলিয়া তদ্ধারা হাত ধুইয়া প্রস্রাবের পরিচর্যা করিবার উপদেশ দিলাম।

রোগিণীর হৃৎপিণ্ড খুব দুর্বল থাকায় স্ট্রিকনাইন এণ্ড ডিজিটেলিস একটা টেবলেড ডিষ্টিল্ড ওয়াটারে দ্রব করিয়া ইঞ্জেকসন দিলাম।

তারপর লাইজল লোসনের ভেজাইন্যাং ডুস দিলাম ও খাইবার জন্য ৩ মাত্রা পোষ্ট পার্টুম মিক্সচারের (post partum mixture) ব্যবস্থা করিয়া চলিয়া আসিলাম। উপস্থিত প্রস্রাব ও তাহার নবপ্রস্রাব সন্তানটী বেশ ভাল আছে।

ম্যালেরিয়া জ্বরের চিকিৎসায় কতিপয় ঔষধের কার্যকারিতা।

লেখক—ডাঃ জী বিশ্বভূষণ তত্ত্বাবধান L. C. P. S & M. D.

(Homoeo)



পল্লীগ্রামের ম্যালেরিয়া জ্বর ও কলেরাই সর্বপ্রধান। কলেরা সব বৎসর সব জায়গায় হয় না। কিন্তু ম্যালেরিয়া ছাড়া পল্লীগ্রাম আছে, এ ধারণা করা মন্ত 'ভুল'। আবার সকল রোগের চেয়ে বে, ম্যালেরিয়া জ্বরের চিকিৎসা কঠিন, এ কথা চিকিৎসকমাত্রেরই জ্ঞাত আছেন। ম্যালেরিয়া জ্বরের যে কত বিভিন্ন প্রকার মূর্তি আছে এবং উহা যে কি রূপ মারাত্মক, তাহার ইয়দা নাই। এত অল্প সময়ের মধ্যে মৃত্যু ঘটাইতে বোধ হয় খুব কম ব্যাধিই আছে। অথচ ইহার প্রকৃত আরোগ্যকারী ঔষধ আজ পর্যন্ত বাহির হইয়াছে, একথা কেহই বলিতে পারেন না। কুইনাইন আবিষ্কৃত হওয়ার পর ম্যালেরিয়ার মৃত্যুর হার অনেক কমিলেও এবং কুইনাইনই উহার একমাত্র ঔষধরূপে (specific medicine) গণ্য হইলেও, এমন অনেক ক্ষেত্রে ঘটে, যাহাতে কুইনাইন আদৌ কার্যকরী হয় না। ম্যালেরিয়া জ্বরের প্রকৃত ঔষধ যদি কুইনাইন হইত, তবে দেশী ও বিদেশী নানা প্রকার প্যাটেন্ট ঔষধে দেশ প্রাপ্ত হইত না। অথচ ঐ সকল ঔষধ অপেক্ষা কুইনাইনের মূল্য কম। শিক্ষিত চিকিৎসক যদিও ঐ সকল ঔষধ গ্রাহ্যের মধ্যে আনেন না, কিন্তু কার্যকালে ব্যতিক্রম অনেক স্থানে দেখা যায়।

বহুকালাবধি, সিকোনার উপকার গুলির মধ্যে এক মাত্র কুইনাইনকেই সর্বপ্রথম ম্যালেরিয়ানাশক ঔষধ মধ্যে গণ্য করিয়া আসিলেও, বর্তমান কালের নানাবিধ পরীক্ষা ও গবেষণা দ্বারা জানা বাইতেছে যে, কুইনাইন অপেক্ষাও

সিকোনা ফেব্রিকিউজ ও কুইনাইডিন সালফ, অধিকতর উপকারী। কেহ কেহ উচ্চতম মাত্রায় অল্প বারে কেহ বা নিম্নতম মাত্রায় বারে বারে কেহ বা ইন্ডেক্সনরূপে কুইনাইন প্রয়োগ করিয়া থাকেন। ম্যালেরিয়া বর্জিত স্থানের লোক দৈবাৎ কোন ম্যালেরিয়াগ্রস্ত স্থানে গিয়া আক্রান্ত হইলে, পুনরায় ম্যালেরিয়া শূন্য দেশে ফিরিয়া গিয়া চিকিৎসিত হইলে, অল্প আয়াসেই রোগমুক্ত হইতে পারেন, কিন্তু, যাহারা ম্যালেরিয়া পূর্ণ দেশে বাস করে, তাহারা জল খাবারের মত বারমাস কুইনাইন খাইয়া খাইয়া পরিশেষে এমন অবস্থায় উপনীত হন যে, আর কোন রকম প্রক্রিয়ায় কুইনাইন তাহাদের পক্ষে কার্যকরী হয় না।

বৈজ্ঞানিকগণ ম্যালেরিয়ার সর্বপ্রথম প্রকৃত ফলপ্রসূ ঔষধ আবিষ্কারে চেষ্টা করিয়া ছিলেন। এই চেষ্টার ফলে প্লাসমোকুইন বা প্লাসমোকুইন (Plasmoquine) বাহির হইয়াছে। অনেক অভিজ্ঞ চিকিৎসক ইহা ম্যালেরিয়া রোগে প্রয়োগ করিয়া অতি উচ্চ মত প্রকাশ করিয়াছেন।

প্লাসমোকুইন জার্মানির হুবিখ্যাৎ কেমিষ্ট "Bayer" এর প্রস্তুত। ইহা অতি শক্তিশালী ম্যালেরিয়া জীবাণুনাশক ঔষধ, কুইনাইন অপেক্ষাও উহা দ্রুত কার্য করে। ইহা প্রয়োগের পর রোগীর রক্ত পরীক্ষা করিলে, রক্ত হইতে কিরূপ দ্রুত ইহা ম্যালেরিয়া জীবাণু ধ্বংস করে, তাহা দেখিয়া আশ্চর্য্য হইতে হয়। রক্ত হইতে ম্যালেরিয়া

জীবাণু অধর্ষিত হইবার সঙ্গে ইহাও ক্রমশঃ কম যাত্রায় প্রয়োগ করা কর্তব্য।

আর একটা ম্যালেরিানাশক ঔষধ ইন্সানোকেলি। ইহা একটা ইটালিয়ান ঔষধ। প্রতি শিশিতে ৪৫টি করিয়া বটিকা থাকে। এই ঔষধটা নূতন জরে তাদৃশ উপকার না করিলেও পুরাতন জরে যেখানে প্লীহা লিভার খুব বর্ধিত হয়, সেখানে ভাল ফল দিয়া থাকে। আমি পরীক্ষার জন্য প্রথমতঃ এক শিশি বটিকা পাইয়া একটা রোগী বাহাকে নানাভাবে কুইনাইন দিয়া সাময়িক উপকার ছাড়া জরের পুনরাক্রমণ বন্ধ করিতে পারি নাই, ঐ রোগীকে ইহা দিয়া কিছু ফল পাই। পরে আরও ৩ শিশি বটিকা আনা হইয়া ব্যবহার করাই। তাহাতে ঐ রোগী সম্ভূর্ণ রোগমুক্ত হইয়া অত্য়পি ভাল আছে। বলা বাহুল্য, প্রতিবৎসর ঐ রোগী ভাদ্র আশ্বিন মাসে ম্যালেরিয়াক্রান্ত হইত।

কুইনাইন দ্বারা যে সকল রোগীর ম্যালেরিয়া জর আরোগ্য হয়, তাহার মধ্যে অধিকাংশ রোগীই পর বৎসর শরৎকালে অরাক্রান্ত হইয়া থাকে।

পল্লী গ্রামের শিক্ষিত লোকেও, কখনও প্রতিবেশকরূপে কুইনাইন ব্যবহার করে না—অশিক্ষিতের ত কথাই নাই।

সুতরাং কুইনাইন দ্বারা তাহার রক্ত ম্যালেরিয়া জীবাণু মুক্ত হইয়া গেলেও পুনরাক্রমণ নিবারণ করিতে পারে না।

ইসানোকেলি অবশ্য বহু রোগীতে ব্যবহার করি নাই। তবে যে ২।৪ টী রোগীকে ইহা নিরাক্রান্তরূপে ব্যবহার করাইয়াছি, তাহারা এ বৎসর অত্য়পি ভালই আছে।

উপরোক্ত কুইনাইন বিষয়ে সমালোচনা দৃষ্টে বিশেষজ্ঞগণ অবশ্যই নিন্দা করিবেন; ম্যালেরিয়া নাশার্থে, যে যাত্রায় ও রতকাল ধরিয়া একাদিক্রমে কুইনাইন প্রয়োগ করিতে উপদেশ দিয়াছেন, কার্যক্ষেত্রে কিন্তু তাহা বাটয়া উঠা হয়। বিশেষতঃ পল্লীগ্রামের (ম্যালেরিয়ার প্রকৃত বাস্তবস্থান) অশিক্ষিত রোগীগণ জর ত্যাগের পরদিনই নিজের মতে অন্ন পথ্য করিয়া তৎপর দিন হইতেই ঔষধ সেবন বন্ধ করে এবং পরিশ্রম করিয়া কুপথ্য আহার করিয়া পুনঃ পুনঃ পল্টাইয়া পড়ে। ইহাদের আরোগ্য করা শক্ত; অথচ ইহাদিগকেই প্রকৃত আরোগ্যকর পল্লী চিকিৎসকের একান্ত কর্তব্য। কারণ, এই অশিক্ষিত শ্রেণীর মধ্যে রোগ ও মৃত্যুর বেরূপ অভাব, ভয় ও শিক্ষিত ব্যক্তিগণের মধ্যে তাদৃশ নহে।



ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া - Broncho-Pneumonia.

লেখক—ডাঃ শ্রীঅশোকচন্দ্র মিত্র M. B.

Late House Surgeon, Carmichael Medical College Hospital
and Mayo Hospital.

—•)•(•)•(•)•—

ক্লিনিক্যাল ঃ— জনৈক হিন্দু মহিলা। বয়ঃক্রম ৩০।৩২ বৎসর। ৫।৭টি সন্তানের জননী। কিন্তু কোনও সন্তানই জীবিত নাই। পীড়ার ৭ম দিবসে গত ২রা জানুয়ারী (১৯৩০) বেলা ৯।২। টার সময় আমি আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থা ঃ— অরীয় উত্তাপ ১০২ ডিগ্রী। নাড়ীর গতি প্রতি মিনিটে ১৩০। শ্বাসপ্রশ্বাস প্রতি মিনিটে ৪৫।

বক্ষঃ পরীক্ষায়, উভয় ফুসফুসে ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া স্পষ্ট বুঝা গেল। হৃৎক্রিয়াও বেশ দুর্বল বলিয়াই মনে হইল। রোগিণী কতকটা অজ্ঞান অবস্থাপন্ন এবং চক্ষু মুদ্রিতপূর্বক ভুল বকিতেছে। কাশি শুষ্ক ও অতিক্রান্তে স্নেহা নির্গত হইতেছে। গ্লীহাও একটু বিবর্তিত। বক্ষঃ বাতাবিক। প্রত্যহই বেশ সরল দান্ত একবার করিয়া হয়। মূত্র দিবারাত্রি ৫।৬ বার হয়; কিন্তু রং গাঢ় ও পরিমাণে কম।

চিকিৎসা ঃ— আমি এইদিন 'ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া' নির্ণয় করতঃ এবং হৃৎবল দুর্বল বলিয়া, তৎক্ষণাৎ এড্রোপিণ ও ডিজিটেলিন ১/১০০ গ্রেণ ট্যাবলেট বিশোধিত পরিস্কৃত জলে দ্রব করতঃ অধঃস্থাতিক ইঞ্জেকসন দিলাম।

সেবনার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করা হইল।

২। Re.

সোডি আয়োডাইড	...	৫ গ্রেণ।
সোডি বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
এমন কার্ব	...	৫ গ্রেণ।
পটাশ সাইট্রাস	...	১০ গ্রেণ।
টিং সিলি	...	১০ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	...	১০ মিনিম।
সিরাপ টলু	...	১/২ ড্রাম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। দিবসে ৩ মাত্রা সেব্য।

৩। Re.

টীং ডিজিটেলিস্ ... ২০ মিনিম।

রান্ ... ১২ ড্রাম।

একোয়া ... এড ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। দিবসে ২ মাত্রা সেবা।

৩।১।৩০—অরীয় উত্তাপ পূর্ববৎ। নাড়ীর গতি

১৩০ এবং শ্বাসপ্রশ্বাস ৩৫ হইয়াছে দেখিলাম।

অজ্ঞাত অবস্থা পূর্ববৎ। কাশি একটু সরল হইয়াছে বুঝিলাম।

অন্ত ৩নং মিশ্র পূর্ববৎ রাখিলাম, কিন্তু ২নং মিশ্র বন্ধ করিয়া নিয়মিত ঔষধটির ব্যবস্থা করা হইল। যথা :-

৪। Re.

পটাশ আয়োডাইড ... ৩ গ্রেণ।

ক্রিয়োজোট ... ১ মিনিম।

মিউসিলেজ একেসিয়া ... যথা প্রয়োজন।

স্পিরিট এমন্ এরোমেট... ১০ মিনিম।

স্পিরিট ক্লোরোকর্ম ... ১০ মিনিম।

টীং কার্ড কোং ... ২০ মিনিম।

একোয়া ... এ্যাড ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতিমাত্রা তিন ঘণ্টান্তর সেবা।

৪।১।৩০—পুনরায় দেখিতে গেলাম। রোগিণী সম্পূর্ণ সংজ্ঞাহীন অবস্থায় আছেন। অজ্ঞাত অবস্থা পূর্ববৎ—কোনও হিত পরিবর্তন হয় নাই। অস্ত্র নিয়মিত ব্যবস্থা করিলাম। যথা :-

৫। Re.

হেল্মামিন ... ৬ গ্রেণ।

ব্রি-ডিজিট ওয়াটার ... ৪ সি. সি.।

স্পিরিট ল্যাম্পের শিখার উত্তপ্ত করতঃ দ্রব করিয়া ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেক্সন দিলাম। এই ইন্জেক্সনের এক ঘণ্টা পরেই রোগিণীর অজ্ঞানাবস্থা তিরোহিত

হইতে দেখা গেল। অতঃপর পূর্বোক্ত ৪নং মিশ্র সেবনের ব্যবস্থা দিয়া বিদায় হইলাম।

৫ই হইতে ৮ই জানুয়ারী পর্যন্ত উল্লিখিত মিশ্র সেবনে রোগিণীর অবস্থার কোনই হিত পরিবর্তন হইতে দেখা গেল না। কেবল অজ্ঞানাবস্থা বর্তমান ছিল না; তবে রোগিণী সর্বদা তজ্রাজ্জর ছিল।

৯।১।৩০—অবস্থা সমভাবেই আছে। কিন্তু ক্রমশঃ রোগিণী তরল হইয়া পড়িতেছেন। এইদিন বিশেষ অহুস্কানে জ্ঞাত হইলাম যে, রোগিণী সম্প্রতি নদীয়া জেলার কোন এক বিশিষ্ট ম্যালেরিয়া প্রধান স্থান হইতে কলিকাতায় আসিয়াছেন। ঐস্থানে থাকাকালীন রোগিণী প্রায়ই ম্যালেরিয়া আরে আক্রান্ত হইতেন। এই সংবাদ জ্ঞাত হওয়ায় হঠাৎ মনে হইল, হয়ত রোগিণীর পীড়াটা ম্যালেরিয়া সংযুক্ত। সন্দেহ নিরাকরণার্থ অস্ত্র নিয়মিত ব্যবস্থা করিলাম।

৬। Re.

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ... ১০ গ্রেণ।

এসিড হাইড্রোক্লোরিক ডিল... ১০ মিনিম।

এমন ক্লোরাইড ... ৫ গ্রেণ।

আইনাম ইপেকা ... ৫ মিনিম।

একোয়া ক্লোরোকর্ম ... এড ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। তখন উত্তাপ ১০১ ডিগ্রী ছিল; সুতরাং তৎক্ষণাৎ ইহা সেবন করা হইয়া দিলাম।

৭। Re.

সোডি বাইকার্ব ... ১০ গ্রেণ।

পটাশ সাইট্রাস ... ১০ গ্রেণ।

হেল্মামিন (সেরিং) ... ৫ গ্রেণ।

লাইকর এমন সাইট্রেটস ... ২ ড্রাম।

টীং সিলি ... ৫ মিনিম।

সিরাপ টলু ... ১ ড্রাম।

ইনফিউসন সেনেগা ... এড ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেবা। এতদিন ৪নং মিশ্র পূর্ববৎ এবং ১নং

ত্রাণ্ডি ১ ড্রাম মাত্রায় ২৩ বার সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

১০।১।৩০—কল্য উত্তাপ ১০২ ডিগ্রী পর্যন্ত বৃদ্ধিত হইয়াছিল; কিন্তু এ পর্যন্ত উত্তাপ ১০৩.১০৪ ডিগ্রী বৃদ্ধি হইত। এখন (বেলা ৯টা) উত্তাপ ১০০ ডিগ্রী। অত্যন্ত অবস্থারও কথঞ্চিৎ হিত পরিবর্তন লক্ষিত হইল। অত্যন্ত নিয়মিত ব্যবস্থা করিলাম। বধা:—

৮। Re.

কুইনাইন বাই হাইড্রোক্লোর ... ১০ গ্রেণ।

পরিষ্কৃত জল ২ সি. সি।

এক মাত্রা। নিতম্বদেশের মাংসপেশীতে ইঞ্জেক্সন দেওয়া হইল। অত্যন্ত পূর্কোক্ত কুইনাইন মিশ্র (৬নং) ২ বার এবং ৪নং ও ৭নং মিশ্র পূর্কবৎ সেবনের ব্যবস্থা করিয়া দিলাম।

১১।১।৩০—বেলা ১০টার সময় রোগী দেখিলাম। শুনিলাম—কল্য ১টার সময় উত্তাপ বৃদ্ধি হইয়া, বেলা ৪টার সময় ঘর্ম হইয়া অর ত্যাগ হইয়াছিল। অরীয় উত্তাপও বেশী হয় নাই। এক্ষণে উত্তাপ স্বাভাবিক, দুর্বলতা ব্যতীত বিশেষ কোন উপসর্গ নাই। কুস্কুস্কু অনেক পরিষ্কার হইয়াছে, সহজভাবে তরল কফ নির্গত হইতেছে।

অত্যন্ত পূর্কোক্ত কুইনাইন মিশ্র (৬নং) কুইনাইনের

মাত্রা ৪ গ্রেণ করিয়া উহা তিনবার করিয়া এবং ৪নং মিশ্র ৩বার করিয়া প্রত্যহ সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

এইরূপে চিকিৎসা করায় ৭৮ দিনের মধ্যেই রোগিনী সম্পূর্ণ আরোগ্য হইয়াছিলেন। অতঃপর সিনাপ হিমোজেন উইথ ভাইটারিন কম্পাউণ্ড প্রত্যহ ২ বার করিয়া কিছুদিন সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া হইয়াছিল।

পথ্যাদি ৪—অরকাণীন হরলিকস্ মলটেড্ মির্ক, ডাবের জল, মিশ্রির সরবৎ লেবুর রসসহ ইত্যাদি। অরান্তে দিবসে পুরাতন তণ্ডুলের সুসিদ্ধ অর, মুগ মুহুর ডাইল, আলু, পটোল, বেগুণ, উচ্ছের তরকারী; জীবিত মংস্তের ঝোল ইত্যাদি; রাত্রি কেবলমাত্র ১ পেয়ালা হরলিকস্ মলটেড্ মির্ক ব্যবস্থা করা হইয়াছিল।

অস্ত্রব্য ৪—ম্যালেরিয়া প্রধান বঙ্গদেশের সর্বপ্রকার পীড়াতেই প্রথমে ২৪ মাত্রা কুইনাইন অরমাত্রায় প্রয়োগ করিয়া দেখা ভাল। ইহাতে অনেক সময়ে অবধা চিক্তার হাত হইতে রক্ষা পাওয়া যায়।

এই রোগিনীর ত্রিকোনিউমোনিয়ার কুইনাইন প্রয়োগের পূর্বে যথোপযুক্ত ঔষধ প্রয়োগেও কোন সুফল দেখা যায় নাই। পীড়াটি ম্যালেরিয়া সংযুক্ত ছিল বলিয়াই কুইনাইন প্রয়োগের পরই অবস্থার হিত পরিবর্তন হইতে দেখা গিয়াছিল।

সেন্ট্রাল নিউমোনিয়া—(Central Pneumonia)

লেখক—ডাঃ ক্রীমস্মথ নাথ পালসি L. M. F.

মেডিক্যাল অফিসার, রামকৃষ্ণ তপোবন হস্পিট্যাল, হিমালয়

—•()*(—

চিকিৎসককে অসীর ধৈর্য সহকারে রোগীর লক্ষণাদি পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে লক্ষ্য না করিলে, অনেক সময় আসল রোগ ধরা খুবই কষ্টকর হয়—এমন কি আদৌ রোগনির্ণয় সম্ভব

হয় না। অনেক সময় লক্ষণাদির চিকিৎসা করিয়া বাইতে বাইতে, কোন বিশেষ চিহ্ন প্রকাশ হইয়া মূল রোগও ধরা পড়ে; নিয়ে এইরূপ একটা রোগীর বিষয় উল্লেখ করিতেছি।

রোগী :—বনুনা নারী একটা বিংশতি বৎসর বয়স্কা, সম্ভব ভূগোল বুঝে। ১৯২৯ সালের ১৭ই এপ্রিল তারিখে এই রোগীকে ইংল্যান্ডে চিকিৎসার্থে ভর্তি হয়।

ইতিহাস :—গত ৭ দিবস পূর্বে রোগিনীর খুব কষ্ট দিয়া অর আসে ও ৬ দিন বাত একভাবেই থাকে। শ্বাসপ্রশ্বাসও ঘন ঘন হয়। উত্তাপ ১০৪° ডিগ্রী হইতে ১০৩° ডিগ্রী থাকে। রোগিনীর হৃদয পিণাস ছিল। অল্প হইতে গয়েরের সঙ্গে রক্তের ছিটা (Rusty Sputum) দেখা গিয়াছিল।

অস্তিত্বের অবস্থা :—মুখাবয়ব দৃষ্টে রোগিনীর যে, কোন প্রকার দারুণ বর্ণনা হইতেছে, তাহা অনায়াসেই বনে হয়। নাসিকার পাতা (Alae Nasae) দুটা খুব-ক্রান্ত নড়িতেছিল। শারীরিক উত্তাপ ১০৩.৪ ডিগ্রী। শ্বাসপ্রশ্বাস প্রতি মিনিটে ২৮ বার। নাড়ী ক্রান্ত ও পূর্ণ (Rapid and Full)। রোগিনী বুকে ব্যথার অল্প খুব কষ্ট হইতেছে বলিতেছিল।

ভৌতিক চিহ্ন (Physical Signs) :—

(ক) পর্যবেক্ষণে (On inspection) :—

ফুসফুস দুই পাশেই সমভাবে স্পর্শিত হইতেছিল।

(খ) স্পর্শানুভবে (On palpation) :—

ভোকাল ফ্রেমিটাস (Vocal Fremitus) এর কোন পরিবর্তন অনুভূত হয় নাই।

(গ) অভিঘাতনে (On percussion) :—

কোন পরিবর্তন লক্ষিত হইল না।

(ঘ) আকর্ণনে (On auscultation) :—

ফুসফুস নীরেট, ব্যথার কোন লক্ষণ পাইলাম না। স্ক্রু ক্রিপেটেশন্স (Fine crepitation) প্রভৃতি কোন শব্দই শ্রুত হইল না।

স্বোপনির্ণয় (Diagnosis) :—সত্য কথা বলিতে কি, রোগিনীর অবস্থাদি পরীক্ষার আশি কোন রোগই নির্ণয় করিতে পারিলাম না। রোগনির্ণীত না হইলেও, লক্ষণাব্যাহারী চিকিৎসার ব্যবস্থা করিতে হইল।

চিকিৎসা :—প্রথম সাতদিন জলের দুস ব্যাধি বাহ্যে পরিষ্কার করাইয়া, নিরোক্ত ব্যবস্থা করিলাম।
বধা :—

১। Re.

লাইকার এমন্ সাইট্রেটস ... ২ ড্রাম।

পটাশ সাইট্রাস ... ১০ গ্রেণ।

সোডি বাইকার্ব ... ২০ গ্রেণ।

টাং ডিজিটেলিস ... ১০ মিনিম।

সিরাপ অরেঞ্জ ... ১/২ ড্রাম।

পরিষ্কৃত জল ... একত্রে ১ আউন্স।

একত্রে একমাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা; প্রতিমাত্রা ৪ বণ্টা অন্তর সেব্য।

১৮।৪।২৯.—অল্প অর্থাৎ রোগাক্রমণের নবম দিবসে হঠাৎ খুব ঘর্ষসহকারে ক্রাইসিস (Crisis) হইয়া শারীরিক উত্তাপ হ্রাস হইল। বন্ধ: অভিঘাতনে বুকের দক্ষিণদিকের বগলের নিকট সামান্য ডাল্ (dull) অনুভূত হইল, কিন্তু ফুসফুস আকর্ণনে কিছুই পাইলাম না। সামান্য নিরোক্ত শব্দ ও ক্রাইসিস হওয়ার রোগটা সেন্ট্রাল নিউমোনিয়া ঠিক করিলাম এবং নিউমোনিয়ার চিকিৎসা করিতে লাগিলাম।

বুকে পিঠে ক্রমাগত তিসির পোলটিস দিতে এবং নিউমোনিয়ার চিকিৎসা করিতে এক মাস পরেই রোগিনী সম্পূর্ণ সুস্থ হইয়া হস্পিটাল ত্যাগ করিল।

অন্তত্ব :—যদিও এই রোগিনীর ফুসফুস আকর্ণনে কোন চিহ্ন বা লক্ষণ পাওয়া যায় নাই, তথাপি রোগিনীর সার্বজনিক অবস্থা—গয়েরে রক্তের ছিটা (Rusty sputum) বুকে বেদনা ও নবম দিবসে দক্ষিণদিকের বগলে সামান্য নীরেট শব্দ (Slight dullness of the axillary region of the right side) ইত্যাদিতে রোগটা মধ্যম নিউমোনিয়া (Central Pneumonia) বলিয়া সিদ্ধান্ত করিয়াছিলাম। বলা বাহুল্য, এই সিদ্ধান্ত অত্রাহই হইয়াছিল।



বাইওকেমিক অংশ

সংক্ষিপ্ত বাইওকেমিক চিকিৎসা

লেখিকা—শ্রীমতি সত্যিকা দেবী M. D. (Homoeo)
H. L. M. P., M. H. C. P.

বাইওকেমিক ও হোমিওপ্যাথিক লেডি ডাক্তার
কলিকাতা

—:~::~:—

রক্তহীনতা (Anæmia) :-

ক্যালকেরিয়া ফস্ :- উপযুক্ত পোষণভাব ;
দুর্বল ও ক্ষয়কারী পীড়ার পর রক্তহীনতা।
শক্তি—৩x, ৬x।

ফেরাম্ ফস্ :- সর্বপ্রকার রক্তহীনতায়, বিশেষতঃ
লোহিত রক্তকণিকার অভাব হইলে। ক্যালকেরিয়া ফস্
ব্যবহারের উপযুক্ত ফলনা হইলে। শক্তি—৩x, ৬x,
১২x, ৩০x। ৩x ই প্রকৃষ্ট শক্তি।

নেট্রাম্-মিউর :- রক্ত পাতলা, জলবৎ হইলে।
নির্গত রক্ত জমাট না বাধিলে ; ক্লোরোসিস্ বর্তমানে।
শক্তি—৬x, ৩০x। ফেরাম্ ফস্ সহ।

নেট্রাম্-ফস্ :- রক্তহীনতা সহ মলময়, অম্লোদগার
ইত্যাদি বর্তমানে। শক্তি—৬x, ৩x। ফেরাম্ ফস্ সহ।

এঞ্জাইনা পেক্টোরিস বা হৃদশূল (Angina Pectoris) :-

ম্যাগ্নেশিয়া ফস্ :- অসহ্য তীব্র বেদনা।
শক্তি—২x, ৩x, ৬x।

আষাঢ় - ৬

কেলি ফস্ :- রক্তহীনতা ; দুর্বল ও সবিবাহ

হৃদ্রোগ, এই রোগের প্রেষ্ঠ ঔষধ। সর্বদা ব্যবহার্য।
শক্তি—৩x, ৬x। বেদনাকালীন ম্যাগ্ ফস্ সহ একত্রে।

ফেরাম্ ফস্ :- আরক্তিম বদন মণ্ডল ; অসহ্য
গরম বোধে, ম্যাগ্ ফস্ সহ পর্যায়ক্রমে।
শক্তি—৬x, ১২x।

এপেন্ডিসাইটিস্ (Appendicitis) :-

ফেরাম্ ফস্ :- প্রথমাবস্থায়, অর বর্তমান
ধাকিলে। শক্তি—৩x, ৬x, ১২x।

কেলি মিউর :- প্রদাহ ও ক্ষীতি। শক্তি—৬x।

ক্যালকেরিয়া সাল্ফ্ :- ফোটক উদগত
অবস্থায়—সাইলিশিয়া ৬x সহ পর্যায়ক্রমে। শক্তি—৬x।

অস্থি পীড়া (Diseases of Bones) :-

ক্যালকেরিয়া ফস্ :- পদশাখা বক্র, রিকিটসীড়া ;
অস্থিসমূহ কোমল ও দুর্বল ; সর্বপ্রকার অস্থি সঞ্চয়
পীড়ার প্রেষ্ঠ ঔষধ। শক্তি—৩x, ৬x, ৩০x।

সাইলিশিয়া :—কটী সন্ধি অস্থির নীড়া; অস্থি
সর্বত্র কঁকড়াই হইতে গাঢ়, চর্মেয়ুক্ত পুঁজ নির্গত হইলে।

শক্তি—৬x, ৩০x।

ক্যাল্কেরিয়া ফোর :—নাসিকাস্থির নীড়ায়।
শক্তি—৬x, ৩০x।

অডিফেরন শীড়া (Brain disorders) :—

কেমিক্সস্ :—মস্তিষ্কভ্যন্তরীণ মায়ুসমূহের দুর্বলতা,
দৃষ্টিশক্তির হ্রাস বা অভাব, অনিদ্রা, মায়বীয় দৌর্বল্য।
সর্বপ্রকার মায়ু ও মস্তিষ্ক রোগের প্রেট ঔষধ।
শক্তি—৬x। কদাচিত ৩০x।

ফেরাম-ফস্ :—প্রাদাহিক অবস্থার প্রথমাবস্থায়।
শক্তি—৩x, ৬x।

নেট্রাম-মিউর :—চিত্ত বিষমতা রোগ
(মেলানকোলিয়া)। শক্তি—৬x, ৩০x।

ম্যাগ-ফস্ :—আক্ষেপজনক লক্ষণ, দৃষ্টিশক্তির
বিভ্রম। শক্তি—৬x।

ক্যাল্কেরিয়া ফস্ :—মস্তিষ্কভ্যন্তরীণ মায়ুসমূহের
দুর্বলতা, দৌর্বল্য, শীর্ণতা, নৈশশব্দ, অনিদ্রা ইত্যাদি।
শক্তি—৬x, ৩০x।

ব্রঙ্কাইটিস্ (Bronchitis) :—

ফেরাম-ফস্ :—প্রথমাবস্থা, অর এবং প্রদাহ।
শক্তি—৩x, ৬x, ১২x।

কেলি-মিউর :—দ্বিতীয়াবস্থা; নির্গত স্লেমা গাঢ়,
বেতবর্ণের এবং আঁটাল। শক্তি—৬x, ১২x।

কেলি সাল্ফ :—রেজোলিউসন্ অবস্থায়; প্রচুর
পরিমাণে তরল জলবৎ স্লেমা নির্গত হইলে। শক্তি—৬x।

নেট্রাম-মিউর :—পরিষ্কার, ফেনিল স্লেমা;
প্লাম্বন ব্রঙ্কাইটিস্ রোগে। শক্তি—৬x, ৩০x।

ক্যাল্কেরিয়া ফস্ :—অগুলালাবৎ স্লেমা;
রক্তহীনতা; রোগান্তদৌর্বল্যে। শক্তি—৬x, ১২x।

**লক্ষ্যকৃত, খেঁতলাইকা আইকা কৃত
(Burns & Scalds) :**—

ফেরাম ফস্ :—প্রাদাহিক অবস্থার, বস্ত্রণ বর্তমানে
আভ্যন্তরীণ ও স্থানিক ব্যবহার। স্থানিক প্ররোগ জন্ত
২৫ শক্তির চূর্ণ গিসিরিণ বা মধুসহ। সেবন জন্ত শক্তি—
৩x, ৬x।

কেলি মিউর :—ফেরামফসে উপকার না হইলে।
বাহ্যিক ব্যবহার জন্ত ৩৫ শক্তির চূর্ণ ভেসিলিন, মাখন, ঘি,
বা মধুসহ। সেবন জন্ত শক্তি—৩x, ৬x।

শ্চান-অসম্প্র (Chicken pox) :—

ফেরাম ফস্ :—অর লক্ষণে। শক্তি—৬x, ১২x।

কেলি মিউর :—দ্বিতীয় অবস্থা। শক্তি—৬x।

কেলি সাল্ফ :—কণ্ঠ বা গুটী সম্পূর্ণ বাহির না
হইলে, অথবা হঠাৎ বসিয়া গেলে। শক্তি—৬x।

**কোন্সুম্পা বা তাণ্ডব রোগ
(Consumption) :**—

ম্যাগ ফস্ :—প্রধান ঔষধ। শক্তি—৩x, ৬x।

ক্যাল্কেরিয়া ফস্ :—কোফিউলা বা রক্তহীন
রোগীতে। শক্তি—৬x, ৩০x।

সান্দি গান্ধী (San-Stroke) :—

নেট্রাম মিউর :—ইহাই প্রধান ঔষধ।
শক্তি—৩x, ৬x।

টনসিল-প্রদাহ (Tonsillitis) :—

ফেরাম-ফস্ :—প্রথমাবস্থায়; বেদনা, অর,
প্রদাহ ইত্যাদি বর্তমানে। শক্তি—৩x, ৬x, ১২x, ৩০x।

কেলি মিউর :—দ্বিতীয় অবস্থায়; ক্ষীতি
টনসিলের উপর ধূসরবর্ণের বিন্দু, খেতবর্ণ মলাবৃত্ত জিহ্বা
বর্তমানে। শক্তি—৬x, ১২x।

ক্যাল্কেরিয়া সাল্ফ :—পূর্ণর অবস্থায়।
শক্তি—৬x।

ক্যাল্কেরিয়া ফস্ :—টনসিলের পুরাতন প্রদাহ বা ক্ষীভিতে। শক্তি—৬x, ১২x, ৩০x।

টাইফয়েড জ্বর (Typhoid-Fever) :-

ফেরাম্ ফস্ :—প্রাথমিক অবস্থায়; ইহা অন্ত্র ও বম্বের সহিত পর্যায়ক্রমে পীড়ার সকল অবস্থাতেই ব্যবহার্য। শক্তি—৬x, ১২x।

কেলি মিউর :- টাইফয়েডের ইহাই প্রধান ঔষধ। ঈষৎ পীতবর্ণের পাংলা দাত, উদর আঘান, অস্ত্রের প্রদাহ, অন্ন হইতে গাঢ় চাপ চাপ রক্তস্রাব লক্ষণে। শক্তি—৩x, ৬x, ১২x।

কেলি ফস্ :—সাংঘাতিক লক্ষণসমূহের প্রকাশ, হৃৎক পঁচা মল, অত্যন্ত দৌর্জল্য, জিহ্বা মলাবৃত। শক্তি—৩x, ৬x।

নেট্রাম্ সালফ্ :—পিত্ত-লক্ষণ বর্তমানে। শক্তি—৬x।

ক্যাল্কেরিয়া ফস্ :—রোগান্ত দৌর্জল্যে টনিকরূপে। শক্তি—৬x, ৩০x। ৪০ বৎসর বয়সের উর্দ্ধ বয়স্ক রোগীকে—৩০x, শক্তির নিম্নে দিবে না।

মাথাখোঁচা (Vertigo) :-

কেলি ফস্ :—স্নায়ুঘটিত পীড়ায়, স্নায়বিক দৌর্জল্য, সাধারণ দৌর্জল্য ইত্যাদির জন্ত। শক্তি—৬x।

ফেরাম্ ফস্ :—মাথায় রক্তাধিক্য হইলে, সহসা মাথায় রক্ত চড়িলে, প্রদাহজনিত পীড়ায়। শক্তি—৩x, ৬x, ১২x।

নেট্রাম্ সালফ্ :—ঐতিমিক বিকৃতি জন্ত। শক্তি—৬x, ৩০x।

ছপিলে কফ (Whooping Cough) :-

কেলি মিউর :- জিহ্বা খেতবর্ণের মলাবৃত, আঁঠার মত শক্ত ও খেতবর্ণের রেখা নির্গত হইলে। শক্তি—৩x, ৬x, ১২x।

ম্যাগ্ ফস্ :—প্রবল তরুণ পীড়া, অত্যন্ত কাশি ও হৃৎকম্পনীয় কাশির আক্ষেপ। কাশির বেগ দমন করিতে ইহার ১২x শক্তি অব্যর্থ। শক্তি—৩x, ৬x, ১২x, ৩০x।

কেলি ফস্ :—অবসন্নতা, স্নায়বিক রোগীর বলাধান জন্ত। প্রবল কাশিতে ম্যাগ ফসের সহিত ১২x শক্তি প্রযোজ্য।

শক্তি—৬x, ১২x।

কৃমি (Worms) :-

নেট্রাম্ ফস্ :—প্রধান ঔষধ। সর্বাধিক কৃমির। শক্তি—৩x, ২৫।

ফেরাম্ ফস্ :—সর্বাধিক স্নায়ুর সহিত কৃমি নির্গত হইলে। কৃমিসহ জর বর্তমানে। শক্তি—৬x, ১২x।

গলক্কত (Sore Throat) :-

ফেরাম্-ফস্ :—প্রাচীনিক অবস্থার প্রথম সোপান। শক্তি—৬x, ১২x।

কেলি মিউর :- দ্বিতীয় অবস্থায়, পূর্বোৎপত্তি আরম্ভ হইয়া গেলে; গ্রন্থিসমূহের ক্ষীভ। শক্তি—৩x, ৬x, ৩০x।

ক্যাল্কেরিয়া ফস্ :—পুরাতন গলক্কতে; শক্তি—৬x, ১২x, ৩০x।

নেট্রাম্-মিউর :- প্রদাহসহ বহু ফেনা ফেনা রেখা নির্গত হইলে। শক্তি—৬x, ১২x, ৩০x।

আক্ষেপ তড়কা ইত্যাদি (Spasms, Convulsions) :-

ম্যাগ্-নেশিয়া ফস্ :—তরুণ লক্ষণাবলীতে ইহা একটা অত্যাৎকষ্ট ঔষধ। সর্বপ্রকার তড়কা ও আক্ষেপে ইহাপেক্ষা ভাল ঔষধ আর নাই। বহু পরীক্ষিত। শক্তি—২x, ৩, ৬x।

ক্যাল্কেরিয়া ফস্ :—দন্তোৎগমনকালীন তড়কার ম্যাগ্ ফস্ সহ একত্রে। শক্তি—৩x, ৬x, ১২x।

কেলি ফস্ :—হঠাৎ ভয় পাইয়া তড়কা হইলে। ম্যাগ্ ফস্ সহ একত্রে। শক্তি—৩x, ৬x।

কেলি মুর :- যুগীর মত আক্ষেপে -ম্যাগ্ ফস্ সহ একত্রে। শক্তি—৩x, ৬x।

অনিদ্রা (Insomnia) :-

কেলি ফস্ :—স্নায়ুঘটিত কারণ, চিন্তা, উবেগ, মানসিক অবসাদ। শক্তি—৬x, ৩০x।

ফেরাম্ ফস্ :—বক্তিকের দৌর্জল্য। শক্তি—৬x, ৩০x।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল—আশ্বাঢ়

৩য় সংখ্যা

হোমিওপ্যাথির ভিত্তি

লেখক—ডাঃ ক্রীষদুনাথ গঙ্গোপাধ্যায় B. A. M. B. (Cal)

বেনারস সিটি

(পূর্ব প্রকাশিত ২য় সংখ্যার (জ্যৈষ্ঠ—১৩৩৭) .০৮ পৃষ্ঠার পর হইতে)

১৬। অসীম ক্ষুদ্রের প্রতাপ

যতই ব্যাকটিরিয়া লাজ বা জীবাণু বিস্তার উন্নতি হইতেছে, ততই ক্ষুদ্রতম পদার্থের ক্ষমতা বহুশ্রুত জ্ঞানের আয়ত্ত্ব হইতেছে। এই অসীম ক্ষুদ্র পদার্থসমূহ অসীম ক্ষুদ্র স্থানে বাস করে। যথা—এক ফোঁটা দূষিত জলে এত জীব বাস করে যে, তত মানুষ পৃথিবীতে নাই। যে “কমা ব্যাসিলীর” দ্বারা কলেরা উৎপন্ন হয়, তাহাদের কোটা কোটা একত্রিত হইয়া একএকটি মানুষকে বিপন্ন করে। যে ম্যালেরিয়ার আঁহ বাঁজালা দেশ জনহীন হইতেছে, তাহার রৌপ-জীবাণুগুলি এত ক্ষুদ্র যে, কাণড়

সেলাই করার ছোট একটি হুচিকার ছিঁড়ের ভিতর ২৫।৩০ হাজার পাশাপাশি শয়ন করিয়া থাকে। অণুবীক্ষণ-যন্ত্র না থাকিলে মানুষ ইহাদের কথা জানিতেই পারিত না। এক ফুলিল অগ্নি যেমন একটি নগর দগ্ধ করিতে পারে, তেমনি একটি মাত্র স্নেগ রোগী বোম্বাইয়ের জ্বর মহানগরীকে ধ্বংসমুখে লইয়া বাইতে পারে। আবার ঔষধ সম্বন্ধে এলোপ্যাথি চিকিৎসাতেও, এট্রোপিয়ায় ১ গ্রেণের ১লক্ষ অংশের ১ অংশের দ্রব বা চাক্ষিকতেও চক্ষের তারা বড় হইয়া উঠে। ঐরূপ ক্ষুদ্র অংশের ৫০ ভাগের এক ভাগ শোষিত হইবার পূর্বে তারা বড় হয়, ক্ষতরাং ১ গ্রেণ

এট্রোপিয়ার ৫০ লক্ষ ভাগের ১ ভাগে, চকের তারা বড় হয় ইহা বলা যাইতে পারে। যাহাকে বৃত্তীয় কার্ণাকোপিয়াতে লাইকার হাইড্রাজ পারক্লোরাইড বলা যায়, উহা ১ গ্রেণ করোসিত্ সাবলিমেটের ১০০০ অংশের এক অংশ এবং হোমিওপ্যাথি মতে তৃতীয় ডাইলিউশন। এত ক্ষুদ্র মাত্রাতেও উহা প্রেষ্ঠ পচন নিবারক। যে ডাইনাম ইপিকাক ১ ড্রাম মাত্রায় খাওয়াইলে বমন হয়, উহাই ১ ফোঁটা মাত্রায় দিলে বমন নিবারণ হয়। যে ফাউলস সলিউশন ৫ ফোঁটা খাওয়াইতে হইলেও পাকস্থলীকে রক্ষা করিবার জন্ত প্রথমে কিছু খাত্তপের দেওয়া প্রয়োজন, সেট পদার্থেরই ১,১০০ ফোঁটা মাত্রায় তীব্র ভেদ বমন বন্ধ করে।

১৭। হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকের

গুণ

(একাগ্রতা)

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকের অনেক গুণে গুণী হওয়া আবশ্যক। এনাটিমি ও ফিজিওলজি জানা আবশ্যক। এজন্ত খুব বিদ্বান হইবার প্রয়োজন নাই। একাগ্রতা থাকিলে অনেকে স্কুল কলেজে না গিয়াও এ দ্রুতী শিখিতে পারেন। হাইজীন বা স্বাস্থ্য-বিজ্ঞা এবং পথ্য সম্বন্ধে সুশিক্ষা চাহি। ষাহারা ইংরাজি ম্যাট্রিকুলেশন পর্যন্ত পড়িয়াছেন, তাঁহাদের পক্ষে এ সকল শিক্ষা অতীব সহজ। যদি বয়স কম থাকে এবং লেখাপড়ার প্রবৃত্তি তীব্র হয় তবে চিকিৎসা-শাস্ত্রের অনেক বিষয় বৎসর কয়েকের ভিতর আয়ত্ত্ব হইতে পারে। কিন্তু সর্বপ্রধান আবশ্যক একাগ্রতা। তজ্জন্ত রোগীর লক্ষণ ও রোগের কারণ সম্বন্ধে প্ৰাণান্তপূৰ্ণ প্রশ্ন ও যত্ন পরীক্ষা প্রয়োজনীয়। প্রথমে রোগ নির্ণয় সাধারণভাবে হইয়া গেলে বিশেষ পরীক্ষা আবশ্যক; এইখানেই হোমিওপ্যাথির প্রেষ্ঠত্ব। ঔষধ ও রোগের বিশেষ লক্ষণগুলি পাশাপাশি দাঁড় করাইয়া লইতে না পারিলে, রোগ নির্ণয় হইলেও ঔষধ নির্ণয় হয় না। এজন্ত স্বতন্ত্র নোট বহিতে রোগীর বিশেষ বিবরণ লিখিয়া লওয়া এবং পুস্তকে লিখিত রোগের

লক্ষণের সহিত রোগীর লক্ষণ ও ঔষধের লক্ষণ একত্রীকৃত করিবার চেষ্টা করা সর্বতোভাবে বিধেয়।

১৮। পুস্তক লইয়া রোগী দেখিতে যাওয়া

ছঃখের বিষয় আজকাল কোন কোন হোমিওপ্যাথ রোগীর বাড়ীতে নিজের পুস্তকের স্তূপ লইয়া যাইতে চাহেন না। কিন্তু পুস্তক লইয়া না গেলে যে, হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকের কর্তব্যের দ্রুতী হয়—তদ্বিষয়ে সন্দেহ নাই। অনেকে এলোপ্যাথিক চিকিৎসকের অমুকারণে এতদপ করেন। কেহ কেহ বলেন, “আমি কি ইংরাজি বাজাওয়ালা ব্যাও মাষ্টারের মত ব্যবজীবন কাজের সময় পুস্তক ছাড়িয়া কাজ করিতে পারিব না?” কিন্তু যত্ন দ্বারা পরীক্ষা অবশ্য প্রয়োজনীয় হইলেও পুস্তকের সঙ্গে মিলাইয়া ঔষধ নির্ণয় না করিলে যে, হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা ঠিক হয় না, তাহাতে সন্দেহ নাই। চিকিৎসকের এই দ্রুতীতে গৃহস্থেরও দোষ আছে। অনেক গৃহস্থ মনে করেন, ডাক্তার যদি স্তূপাকার পুস্তক লইয়া আসিয়া রোগের সহিত মিলাইতে থাকেন তবে তিনি কিছুই জানেন না। “ঐ দেখনা কবিরাজ মহাশয় নাড়ি টিপিয়া সংস্কৃত শ্লোক আওড়াইতে থাকেন। তাহাতে তাঁহার বিজ্ঞার পরিচয় পাওয়া যায়। ডাক্তারগণ কত রকমের নল সূচ ব্যবহার করেন, সূচ ফুটাইয়া ইঞ্জেকশন করিয়া রোগ ভাল করেন, কিন্তু হোমিওপ্যাথ যদি কেবল পুস্তক ঘাটিয়া রোগ বৃদ্ধিতে চেষ্টা করেন, তবে আর তিনি জানেন কি?” এইরূপ ভ্রান্ত বিচারে গৃহস্থ নিজের পায়ে কুঠারাবাত করেন। চিকিৎসকও মনে করেন—দূর করো, যদি পুস্তক লইয়া গেলে আমাকে বৃথা মনে করে, তবে কেন নিজের ক্ষতি করিতে চাই? ইহাতে সর্বাণেকা অধিক ক্ষতি হয় রোগীর, তৎপরে চিকিৎসকের।

১৯। ডাইলিউশন ও ট্রাইটুকেশন

ইহাতেও বিশেষ সাবধানতার প্রয়োজন। এলোপ্যাথি, কবিরাজি প্রভৃতি চিকিৎসার কম্পাউণ্ডারের উপর নির্ভর

করা হয়-দেখিয়া, অনেক হোমিওপ্যাথ নিজ নিজ সহকারীকে ঐষ দিতে অস্বস্তা প্রকাশ করেন। কিন্তু হোমিওপ্যাথির যাত্রা বেরূপ হয়, ইহাতে পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা বেরূপ সত্যাবস্তক এবং চুঃখের সহিত বলিতে হয়, অশিক্ষিত ও অল্প শিক্ষিত সহকারিগণের মধ্যে কেহ কেহ বেরূপ ধর্ম ও পরমেশ্বরকে অগ্রাহ্য করিতে সাহসী—তাহাতে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক মহাশয় সহকারী লইবার সময় যেন তাঁহার ধর্ম ভীকৃত্যের সাটিকিকেট প্রথমই দেখেন, ইহাই প্রার্থনীয়। যেহেতু তৃতীয় ডাইলিউশন এবং ত্রিংশ ডাইলিউশন যখন লেবেল ব্যতীত অস্ত্র কিছু দেখিয়া চিনিবার উপায় নাই, তখন বস্তুনিষ্ঠতার সাধুতার উপর নির্ভর না করিলে চলে না। সুতরাং সহকারী সাধুপ্রকৃতির হওয়া অতীব প্রয়োজনীয়। নতুবা স্বহস্তে ঐষ দেওয়াই প্রেট।

২০। অন্যান্য চিকিৎসা-শাস্ত্রের প্রতি মিত্রতাব

সত্যের প্রতি ঐহার অগ্রাঢ় প্রজ্ঞা, তিনি নিজে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক হইলেও, অপর শাস্ত্রের প্রতি ঘেব করিতে পারেন না। কেন না, সকল শাস্ত্রেই অনেক সত্য আছে। কোন শাস্ত্রেই সম্পূর্ণ সত্য নাই। সম্পূর্ণ সত্য কেবল মাত্র সত্যাবস্তক ঐষের ভিতর আছে। সুতরাং ধার্মিক হোমিওপ্যাথ প্রয়োজন হইলে, এলোপ্যাথিক যাত্রার ঐষ দিতে লজ্জিত হ'ন না। দিওনিয়র যেমন ভ্রান্ত নাবিককে গন্তব্য দিক দেখাইয়া দেয়, ধার্মিক চিকিৎসকের স্ববুদ্ধিও রোগীকে আরোগ্য করাই তাঁহার একমাত্র উদ্দেশ্য বলিয়া বুঝাইয়া দেয়। চিকিৎসক রোগী আরোগ্য করিতে ও ঐষের আচ্ছাদন পালন করিতে জগতে আসিয়াছেন; কোন “প্যাথির” ক্রীতদাস হওয়া তাঁহার উদ্দেশ্য নহে। সৌভাগ্যক্রমে তাহার প্রয়োজনও নাই। যেহেতু চিকিৎসার প্রধান উপকরণ—তাপ, শৈত্য, তাড়িত, স্রোত, ছবি, জল, বায়ু, উপবাস, পথ্য, খাদ্য পের সকল চিকিৎসা-শাস্ত্রেই এক। ঐষ শুনিও প্রায়শঃ এক, কেবল

যাত্রা—যাত্রা ও প্রয়োগবিধির প্রভেদ। সুতরাং পরস্পরের মনোমালিন্য বৃদ্ধি না করিয়া, বাহার নিকট যে কিছু ভাল পাওয়া যায়-তাহাই গ্রহণ করিলে এমন একদিন আসিবে যে, ভারতবর্ষে আমরাই সর্বপ্রথমে চিকিৎসা-শাস্ত্র গড়িয়া তুলিতে পারিব।

২১। হোমিওপ্যাথিক ভবিষ্যৎ

মানব সমাজে রোগ যেমন চিরদিনই বিস্তারমান, সকল দেশের লোকেই সেইরূপ রোগ দূর করিবার জন্য চিরদিনই সচেত্ন রহিয়াছে। নানা পথে নানা চেষ্টায় অগ্রসর হইলেও মানব মন কখন “সিমিলিয়া সিমিলিবস” মতের দিকে অধিক আগ্রহ হয় নাই। হানিমানও অজ্ঞাতসারে এই সত্য ও বিশ্বাসের উপর সহসা অবতীর্ণ হইয়া পড়েন। কলম্বাস যখন আমেরিকা দেখিতে পাইবেনই, এরূপ আশা করিয়া ভ্রমুত্র যাত্রা করেন নাই সহসা অর্ণব তীরবর্তী দেশ ও অগজমন্ডল দেখিয়া আনন্দে উৎফুল্ল হইয়া উঠিলেন। হানিমানও তজ্জপ সমানে সমান আরোগ্য করে দেখিয়া বিস্মিত হইয়া পড়িলেন। অথচ ইহা সম্পূর্ণ নূতন কথা নহে। ইউরোপে হিপক্রেটিসের সময় হইতে তথা ভারতে চরক ও সুশ্রুতের সময় হইতে অনেকে ইহার যথার্থ্য অবলোকন করিলেও হানিমান ব্যতীত অপর কেহই ইহার অমূল্য অর্থ গ্রহণ করিতে পারেন নাই। তিনিও ভীত সঙ্কচিত চিত্তে জীবন কাটাইয়া গিয়াছেন। হোমিওপ্যাথিকে বিশ্বজনীন সত্যের সিংহাসনে বসাইয়া উহাট একমাত্র অদ্রাস্ত চিকিৎসা বলিবার সাহস তাঁহার হয় নাই।

২২। হোমিওপ্যাথিক প্রথম মিল্লা

কিউরেনটর ও কিউরানটর কথার অর্থের আকাশ পাতাল প্রভেদ। হানিমান বলিয়াছিলেন “সিমিলিয়া সিমিলিবস কিউরেনটর”। ইহার অর্থ এই যে, যখন দেখিতেছি যে, সমান ধর্মাবলম্বী ঐষে সমান লক্ষণ যুক্ত অনেক রোগই আরোগ্য হয়, তখন আইস আমরা এইরূপেই চিকিৎসা করি। ইহা কেবল উপরোধ, অস্বরোধ, আদেশ বা অস্বস্তা মাত্র। ব্যাপার যদি এখানেই শেষ হইত তাহা

হইলে হোমিওপ্যাথির এত শত্রু আজ হইতে পারিত না। কিন্তু এই মতে চিকিৎসা করিয়া যখন বিস্তর রোগী আরোগ্য হইতে লাগিল, তখন চূর্ত্যাক্রমে তাঁহার শিষ্যগণ স্পষ্ট সহকারে বলিয়া উঠিল “কেবলমাত্র এই চিকিৎসাতেই রোগ সারে” তখন তাহারা “কিউরেনটর” কথার পরিবর্তে “কিউরানটর” কথা বসাইলেন, “আরোগ্য করিবার চেষ্টা করো” কথার পরিবর্তে “ইহাতেই নিশ্চয় আরোগ্য হয়” কথা বসাইলেন, অমুরোধের পরিবর্তে রাজাজ্ঞা প্রচার করিলেন। হানিমানকেও এই পরিবর্তন অমুরোধন করিবার জন্য নির্বন্ধাতিশয় প্রকাশ করিতে লাগিলেন। আপনি বলুন—কেবলমাত্র এই চিকিৎসাতেই সব রোগ নিশ্চয় আরোগ্য হয়, অস্ত্র কিছুতে হয় না। ধর্মভীরু হানিমান ইহাতে বড়ই বিরক্ত হইয়াছিলেন, কিন্তু পরিশেষে সন্তুষ্টি দিয়াছিলেন। একটু ব্যাকরণের প্রভেদে ‘লোটিক’ ‘লট’ করিয়া একটু ধাতুরূপের ভারতম্যে হোমিওপ্যাথি বিনীত ছাত্রের পদ তাগ করিয়া মদগর্ভিত সম্রাটের সিংহাসন অধিকার করিল। হোমিওপ্যাথির এই অপবশ দূর করিবার জন্য অনেক সত্যপ্রিয় চিকিৎসক চেষ্টা করিয়াছেন। ডাক্তার হিউস বলিয়াছেন “আমি এমন মনে করি না যে, সকল রোগই সদৃশ চিকিৎসায় আরোগ্য হয় অথবা অন্ত সকল মতের চিকিৎসা অপেক্ষা ইহাতেই রোগ ভালরূপ আরোগ্য হয়। সমান ঔষধ দ্বারা সমান রোগের চিকিৎসা করা হউক বলিলেই—কাজের কথা বলা হইল”। বহুসংখ্যক পণ্ডিত এইরূপ বলিয়াছেন। তাই আজ ‘পেরলাশেব’ প্রস্তর ফলকে এবং ওয়াশিংটন নগরে হানিমানের কীৰ্ত্তিস্তম্ভের উপর কিউরানটর কথার পরিবর্তে অক্ষর ‘অক্ষরে খোদিত হইয়াছে “সিমিলিয়া সিমিলিবস কিউরেনটর”, সমঃ সমঃ শময়তি কথার পরিবর্তে বলা হইয়াছে “সমঃ সমঃ শময়তু”। হোমিওপ্যাথির একটা নিন্দা চিরদিনের জন্য দূর হইয়াছে। জগতের সকল লোকে আশীর্বাদ করুন “শময়তু”।

২৩। ২য় নিন্দা।

অসীম ক্ষুদ্র মাত্রার নিন্দা দূর

নিদ্রুকগণ বলেন, যেমন একটা ভাত বা একবিন্দু জল খাইলে ক্ষুধা তৃষ্ণা নিবারণ হয় না, তেমনি ১ গ্রেণের লক্ষ

লক্ষ অংশের এক অংশ ঔষধ খাইয়াও রোগ সারে না। ইহার সহজর বহুদিন হইতে দেওয়া হইতেছে :—

১ম। প্রত্যেক অপেক্ষা ভাল প্রমাণ জগতে নাই। যদি চক্ষে দেখে যে, এক গ্রেণের লক্ষ লক্ষ অংশের এক অংশে রোগ সারিয়া গেল, তবু কি বিশ্বাস করিবে না? নিশ্চয়ই বাহারা চক্ষু বুজিয়া থাকে তাহাদের অপেক্ষা অন্ধ আর নাই। যদি দেখে যে, অস্ত্র কোন ঔষধে আরোগ্য হইল না, হোমিওপ্যাথির অসীম ক্ষুদ্র মাত্রায় রোগ আরোগ্য হইল, তথাপি কি বিশ্বাস করিবে না?—ত্রিকালজ্ঞ ভারতীয় ঋষিগণ বিশ্বাস করিয়াছেন “অস্ত্রাথা সিদ্ধি শূন্য সত্য পূর্ব বর্ত্তিতা কারণতঃ” তাহাও কি বিশ্বাস করিবে না?

২য়। সহজ শরীরে এই অসীম ক্ষুদ্রমাত্রার কোন ক্ষতি করে না, কেন না এই ক্ষুদ্র মাত্রা কেবল রোগ কেন্দ্রেই আক্রমণ করে, সুস্থদেহে কিছু করিতে পারে না।

৩য়। অসীম ক্ষুদ্রমাত্রা ব্যবহার করিতে যদি আপত্তি থাকে, তবে বৃহৎমাত্রা ব্যবহার করিয়াই হোমিওপ্যাথি থাক। কেন না বৃহৎমাত্রা প্রয়োগে সিমিলিয়া সূত্রে কোন বাধাই নাই। যদি সিমিলিয়া মতে বৃহৎমাত্রা প্রয়োগ করিয়াও বিপদ হইতে দূরে থাকিতে পারো এবং আরোগ্যকে নিকটে আনিতে পারো তবে বৃহৎ মাত্রাই ব্যবহার করো। বৃহৎ অপেক্ষা ক্ষুদ্র মাত্রাই অধিক উপকারী।

২৪। Ion আইয়ন ও Electron

ইসেকট্রনবাদ

যে বৈজ্ঞাতিক বা ডাইনামিক শক্তিবলে হোমিওপ্যাথিক ঔষধ সকল কার্য করে বলিয়া হানিমান প্রচার করিয়াছিলেন, তাহার সময়ে তাহার কোন প্রমাণই ছিল না। অস্ত্র শক্তি দেখিতে না পাইয়া তিনি বৈজ্ঞাতিক শক্তি কল্পনা করিয়াছিলেন। টহা যেন রায় জন্মিবার পূর্বে রামায়ণ লেখার মত ভগবানের প্রত্যাশে। ইদানীন্তন বিজ্ঞান শাস্ত্রে হানিমানের এই বাণী ভবিষ্যৎবাণীতে পরিণত হইয়াছে।

প্রত্যেক পদার্থের প্রত্যেক পরমাণু তাড়িতে পূর্ণ। ধাতব পদার্থের পরমাণু পূর্ণ বা পজ্জীভ ও অধাতব পদার্থ

দ্রী বা নেগেটিভ তাড়িতে পূর্ণ। দৃষ্টান্ত যে লবণ আমরা খাই, উহার একটি অতি ক্ষুদ্র দানা জলে ফেলিলে, গলিয়া ছই ভাগ হয়, সোডিয়াম এবং ক্লোরিন। সোডিয়াম পূর্ণ তাড়িত এবং ক্লোরিন দ্রী তাড়িত পূর্ণ থাকে। এই দুইটী, তাড়িত পূর্ণ অংশের নাম আইয়ন। আইয়নপূর্ণ পরমাণুর চতুর্দিকে নেগেটিভ বা দ্রী তাড়িত পূর্ণ বহুসংখ্যক অতি ক্ষুদ্র অংশ সংলগ্ন থাকে। তাহারা একএকটি পরমাণুর সহস্র অংশের এক অংশ অপেক্ষা ক্ষুদ্রতর, সুতরাং মানবের কর্ণার অতীত—ইহাদের নাম ইলেকট্রন। এক একটি পরমাণুর চতুর্দিকে সহস্র সহস্র ইলেকট্রন নিরন্তর সংলগ্ন বিবৃত্ত, ব্রাম্যমান ও পৃষ্ঠীকৃত হওয়াতেই পরমাণুগণের নাম ও রূপ উৎপন্ন হয়। সকল পদার্থের পরমাণু একই প্রকারের। কিন্তু যে পরমাণুর সঙ্গে যে পরিমাণে ইলেকট্রন আছে—সেই হিসাবে তাহার নামকরণ হইতেছে।

দৃষ্টান্ত :—যে পরমাণুর সঙ্গে এত ইলেকট্রন আছে যে, তাহা হাইড্রোজেন (জলজান) অপেক্ষা ২৩ গুণ অধিক তাহাকে আমরা “সোডিয়াম” বলি। রসায়ন-শাস্ত্রের ছাত্রগণ ইহা হইতে বুঝিবেন যে, পজিটিভ তাড়িত পূর্ণ পরমাণু ও তৎসঙ্গে নেগেটিভ তাড়িত পূর্ণ লক্ষ লক্ষ অসীম ক্ষুদ্র ইলেকট্রন লইয়াই এ জগতের সমস্ত পদার্থ গঠিত হইয়াছে।

২৫। “জড় পদার্থ” বলিয়া জগতে

কিছু নাই

জড় পদার্থ বলিয়া জগতে কিছুই নাই। সুতরাং সিদ্ধান্ত হইতেছে যে, এতকাল আমরা বাহাকে জড় পদার্থ (matter) বলিতাম তাহা কেবল অসীম ক্ষুদ্র পরমাণুর সহিত আরও অধিক অসীম ইলেকট্রনের সংযোগ বিরোগ মাত্র।

২৬। হোমিওপ্যাথিক অসীম

ক্ষুদ্রমাত্রা

অতএব হোমিওপ্যাথিক অসীম ক্ষুদ্র মাত্রাতেও Ion আইয়ন এবং Electron ইলেকট্রনের অভাব নাই। কোটী কোটী অংশে বিভক্ত হইলেও ঔষধের কণিকার

অভাস্তরহ Ion এবং Electron গণ নব নব সংযোগ ও বিরোগ বশতঃ, যে অচিন্তনীয় ও অনির্কটনীয় রূপ ধারণ করিতে সমর্থ হয় তাহাতে যেমন পরিদৃশ্যমান জগতের সমস্ত পদার্থই উৎপন্ন হইতেছে, তদ্রূপ তাহা দ্বারা রোগেরও অভাবনীয় পরিবর্তন ঘটিবে—তাহাতে সন্দেহ নাই। এই নব-নবরূপের অনন্ত বিকাশ কোথায় শেষ হইবে, তাহা মানবজ্ঞানের অতীত। কিন্তু এতদ্বারা হোমিওপ্যাথিক যে অভাবনীয় উন্নতির সম্ভাবনা অদূর ভবিষ্যতের গর্ভে অন্তর্নিহিত আছে—তাহাতে সন্দেহ নাই। স্থলের ক্ষমতা এ পৃথিবীর লোক চিরদিনই বুঝিতেছে; এইবার অনন্ত স্থলের ক্ষমতা দেখিবার জন্ত অগ্রসর হউন।

২৭। হোমিওপ্যাথগণের নিকট

অনুরোধ

আর একটি কথা বলা হইলেই এই অনন্তের সন্দর্ভ অতীত মত শেষ করিব। রোগীর পরীক্ষা ও ঔষধ নির্বাচন যেরূপ অনন্যমন হইয়া প্রীতিপূর্বক করা উচিত, সেইরূপ ঔষধ দিবার সময়, যে অনন্ত শক্তি “অহমৌষধং” বলিয়া গীতায় আশ্রয় পন্নিয় দিয়াছেন, তাহাকে ছই এক সেকেন্ডের জন্য স্মরণ করিয়া তবে ঔষধটী স্বহস্তে রোগীর বা তাহার আত্মীয়ের হস্তে দিবেন। মানুষের সকল কাজই “পরিভ্রষ্ট মাত্রা হীনক” হইয়া যায়। কিন্তু ঔষধটী দিবার সময় তাহার সাক্ষ্য প্রার্থনা করিয়া দিলে, আমাদের আর দায়িত্ব থাকে না। এইরূপ ঔষধের Potency বাড়িয়া যায়। আমি একজন হোমিওপ্যাথকে জানিতাম। তিনি লেখা পড়া সামান্য জানিতেন, কিন্তু খুব মিষ্টভাবী ছিলেন এবং ঔষধ দিবার সময় স্বহস্তে ঔষধ লইয়া ভক্তিভাবে চক্ষু বুজিয়া এইরূপ চিন্তা করিয়া ঔষধটী দিতেন। তাহার এমন হাত বশ হইয়াছিল যে, বৎসর কয়েকের ভিতর কলিকাতার ন্যায় সহরে ৯ লক্ষ টাকা উপার্জন করিয়া গিয়াছেন। হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক মহাশয়গণ, বৃদ্ধের এই অনুরোধ রক্ষা করিবেন কি ?

বিবিধ রোগের প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ ঔষধ

লেখক—ডাঃ শ্রী প্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ—হুগলী

(পূর্ব প্রকাশিত ২২শ বর্ষের (১৩৩৬) ১১শ (ফাল্গুন) সংখ্যার ৫৭২ পৃষ্ঠার পর হইতে)

(৮৯) নিউমোনিয়া—ব্রসটেক্স

নিউমোনিয়াকে ফুস্ফুস প্রদাহ বলে। নিউমোনিয়াই বাতশ্লেষ্মা বিকার। টাইফয়েড্ ফিবারকে সন্নিপাতিক বিকার বলে। বিকার মাত্রেই অতি কঠিন; আর কঠিন পীড়া মাত্রেই হোমিওপ্যাথিক ঔষধের অত্যাবশ্যক্য আরোগ্যকারী শক্তির পরিচয় পাওয়া যায়। এই চিকিৎসায় সেক, তাপ, মালিশ প্রভৃতি কিছুই প্রয়োজন হয় না। কেবল বৃকে ঠাণ্ডা না লাগিবার জন্য তুলা দিয়া ব্যাণ্ডেজ বাঁধিলেই যথেষ্ট হয়। লক্ষণানুসারে ঔষধ নির্বাচন করিতে পারিলে, কয়েক মাত্রা ঔষধ সেবনেই এই দুঃরোগ্য ব্যাধি অন্ন সময়েই আরোগ্য হয়, ইহা এক্ষণে অনেকেই দেখিতে পাইতেছেন। একটু চিনির গুঁড়ায় কত মধুরতা—কি স্বর্গীয় সুখা নিহিত আছে, তাহা ভাবিলে বিস্মিত হইতে হয়।

নিউমোনিয়ার “ব্রাইওনিয়া,” “ফস্ফরাস,” “এন্টিম টাট,” প্রধান ঔষধ। কিন্তু স্থান বিশেষে “ব্রসটেক্স” শ্রেষ্ঠ আসন অধিকার করে। অতিরিক্ত পরিশ্রম, অধিক পথ হাঁটা, ভ্রাম্যবহন, জলে ভিজা প্রভৃতি কারণে পীড়া জন্মিলে “ব্রসটেক্স” সমতুল্য ঔষধ আর দেখা যায় না। একটা রোগীর কথা বলি—

রোগী :—একটু জীলোক। জীলোকটির বয়স ১৫১৬ বৎসর। একটা সন্তানের জননী, ৬ মাস পূর্বে প্রসব হইয়াছে। এপর্যন্ত ভালই ছিল, ৫ দিন পূর্বে সে ৫১৬ ক্রোশ দূরে শস্তরবাড়ী হইতে তাহার মায়ের কাছে আসিয়াছে ও সেই

দিনই সন্ধ্যার সময় হইতে অন্ন কাশি এবং বাম দিকের বৃকে পিঠে ও পাজরে বেদনা হইয়া শয্যাগত হইয়া পড়ে এবং তৎপরদিন হইতেই এলোপ্যাথিক চিকিৎসা হইতে থাকে। চারিদিনের চিকিৎসায় কিছুমাত্র উপকার না হওয়ার এবং পীড়া উত্তরোত্তর বৃদ্ধির দিকে বাওয়ার, তাহার আমার দ্বারা চিকিৎসা করিতে ইচ্ছুক হইয়া বিগত ৯ই ফাল্গুন (১৩৩৬) আমাকে ডাকে।

বর্তমান অবস্থা :—আমি গিয়া দেখিলাম—রোগিণী দক্ষিণ পার্শ্বে ভর দিয়া শুইয়া আছে, বামপার্শ্বে একবারও শুইতে পারে না, পাঁচদিন কিছুমাত্র নিদ্রা হয় নাই, বামদিকে ভীষণ বেদনা, কাশিতে ও নিশ্বাস কেলিতে লাগে। বৃকেপিঠে প্রচুর তুলা দিয়া বাঁধা আছে। আমি বৃক পরীক্ষা করিবার জন্য ব্যাণ্ডেজ খুলিয়া দিতে বলিলাম। তাহার মা ও অপর একটা লোক রোগিণীকে উঠাইয়া বসাইতে চেষ্টা করিবার সময় রোগিণীর কষ্টকর অবস্থা ও শ্বাসকষ্ট দেখিয়া মনে হইতে লাগিল—এ রোগী আরাম হইবে না, শ্বাসপ্রশ্বাসের ঐরূপ অবস্থা দেখিয়াই সকলে ভীত হইয়াছে। বতদূর সম্ভব অন্ন সময়ের মধ্যে ব্যাণ্ডেজ খোলা হইল। তুলা অপসারিত করিতেই তদ্ব্যয় হইতে এন্টিফ্লোজেটিন বাহির হইয়া পড়িল। সে এক বিতিকিচ্ছিন্ন যুগিত ব্যাপার। উহা তুলায় আটকাইয়া গিয়াছে ও যেন গায়ে কি একটা অপবিষ্ট পুঞ্জের মত পরার্থ মাখান রহিয়াছে; তাহা তখন পরিষ্কার করিয়া বক্ষঃ পরীক্ষা করা একরূপ অসম্ভব; কারণ রোগিণী ততক্ষণ বসিয়া থাকিতে অক্ষম; অগতঃ বৃকটা একবার না দেখিলেও নয়। ঐরূপ অবস্থার

কোনওরূপে বুক পরীক্ষা কার্য সমাধা করিলাম (বলা বাহুল্য পরে ট্রেবিসকোপ খুঁইয়া লইতে হইয়াছিল)। অর তখন (বেলা, ৮টার) ১০৩ ডিগ্রী, বেলা ১১ টার পর অর বেশী হয়, অত্যন্ত কাশি, কিন্তু গয়ের উঠে না, জিহ্বা গুরু—উহার অগ্রভাগ লালবর্ণ, পিপাসা আছে, বাহ্যে একদিন অন্তর একবার সামান্য হয়।

বুক ও শিঠের এক্টিকোজেনিট উঠাইয়া কেবল, তুলা দিয়া বাঁধিয়া রাখিতে বলিলাম। যদি মালিশ করিতেই হয়, তাহা হইলে পুরাতন ঘৃত গরম করিয়া মালিশ করার পর তুলা দিয়া বাঁধিয়া রাখিতে পারা যায়, ইহাও বলিলাম।

চিকিৎসা :- রোগিণীর অবস্থা দেখিয়া রসটক্স দিব ভাবিতেছি, এমন সময় রোগিণীর মা বলিল—৫।৬ ক্রোশ রাস্তা ছেলে কোলে করিয়া চলিয়া আসিতে হইয়াছে, সেজন্তও ব্যথা হইতে পারে, এ কথাটিও যেন রসটক্স দিতে বলিয়া দিল। আমি একমাত্রা “নব্রহ্মভমিকা ২০০” (এনোপ্যাথিক চিকিৎসা হইতেছিল বলিয়া) প্রথমে খাইতে দিয়া, আর চারি মাত্রা “রসটক্স ৩০” দিয়া আসিলাম।

১০।১।১৩৬—পরদিনে খবর আসিল—রোগিণী অপেক্ষাকৃত ভাল আছে। দমবন্ধের মত নিশ্বাসকষ্ট অনেক কম। অরও অল্প দিন অপেক্ষা কম। ৪ মাত্রা “রসটক্স ৩০” দিলাম।

১১।১।১৩৬ ১১ই ফাল্গুন প্রাতে রোগিণীকে দেখিলাম। অর ০০ ডিগ্রী; এতদিনের পর গত রাত্রে একটু ঘুম হইয়াছে, শ্বাসকষ্ট নাই; কাশি ও ব্যথা কম হইয়াছে। অল্প দুই মাত্রা রসটক্স ও দুই মাত্রা অনৌষধি পুরিয়া দিলাম।

১২।১।১৩৬—গতকাল অর হয় নাই। একজন হাত দেখিয়া বলিয়াছে—অর নাই। কাশি ও ব্যথা খুব কম। অল্প অনৌষধি পুরিয়া ৪ মাত্রা দেওয়া হইল।

১৩।১।১৩৬—অল্প রোগিণীকে দেখিতে গেলাম। আজ রোগিণী ঘর হইতে আপনি বাহিরে আসিয়া বসিল। কোন অসুখ আর নাই, ব্যথা সামান্য আছে, অত্যন্ত কুখা হইয়াছে। পথ্য মাছের খোল এবং পূর্বের ন্যায় দুধসাপ্ত।

ইহার পর রোগিণী ভালই ছিল। ১৫ই ফাল্গুন আরোগ্য ঘোষণা করিয়া অন্নপথ্য দিতে বলিলাম।

রসটক্সের এই যে অসাধারণ আরোগ্যকরী শক্তি—অবিসম্বাদী শ্রেষ্ঠত্ব, ইহা কি অস্বীকার করা যায়?

(২০) খোসে—সালফার ও সোডিয়াম

খোসকেই কঙ্ক, কণ্ডু, চুলকনা ও পাঁচড়া বলা যায়। পাশ্চাত্য চিকিৎসাশাস্ত্রে ইহাকে স্কেবিস্ (Scabies) অথবা ইচ্ (Itch) বলে। এই রোগাক্রান্ত স্থানে চষিপোকা বা কঙ্ককীট (ম্যাকারাস স্কেবিয়াই—Acarus scabiei) নামক এক প্রকার কীট জন্মে। এই পোকা বিলাতি চিনির কণার ন্যায় ক্ষুদ্র ও সাপা, কিন্তু মুখের দিকে একটি কাল ঝাগ থাকে, ইহাদের আকার গোল এবং আটটি পা। জীবাণুীয় পোকাগুলি একটু বড় এবং তাহারা প্রত্যহ বহু সংখ্যক ডিম্ব প্রসব করার এই রোগাক্রান্ত ব্যক্তির শরীরে অল্প দিনের মধ্যেই অসংখ্য চষিপোকা হিলিহিলি করিতে থাকে।

শিশু ও অপরিষ্কৃত ব্যক্তিদ্বিগের হস্ত, পদ, মনিবন্ধ, অঙ্গুলী, উরু, নিতম্ব, পুরুষাঙ্গ প্রভৃতি স্থানে এই রোগের প্রাবল্য লক্ষিত হয়; মস্তক, মুখমণ্ডল, গ্রীবা ও বক্ষঃস্থল ইহাদের প্রিয়স্থান নহে। এই পীড়া শীতকালেই অধিক হয় এবং স্পর্শাভ্যুজ্জ্বলক বলিয়া একজন এই রোগে আক্রান্ত হইলে, বাড়ীর প্রায় সকলকেই আক্রমণ করিয়া থাকে।

পীড়িতস্থানে অত্যন্ত চুলকানি, সড়সড়ানি ও টাটানি থাকে, বিশেষতঃ—রাত্রে চুলকানি অত্যন্ত বেশী হয়। যুবকের পক্ষেও কাজকর্ম করা একরূপ অসম্ভব হইয়া পড়ে, সেজন্ত খোস চুলকানি হইলে উহা “বড়লোকের রোগ” বলিয়া লোকে উপহাস করে। এই রোগ শীঘ্র সারে না।

এমন কি—অনেকের ২৩ বৎসর স্থায়ী হয় বলিয়া একটা প্রবাদ আছে যে,—

“ধ’রলে এক খোস,
দেখায় তিন পোষ।”

এই প্রবাদ অসত্য নহে। খোসের কুপা যাহার প্রতি হয়, তাহাকে যুক্ত-কচ্ছ করে এবং কোপিনবস্ত্র না হইলেও ভিতরে একটা নেকড়ার আচ্ছাদনের উপর বহির্কাস পরিধান করায়। এই খোসের যত্ন হইতে অব্যাহতি পাইবার জন্ত ঘণ্টাকর্ণ বা বেঁটুপুজার প্রচলন আছে। ফাস্টিংমাসের সংক্রান্তিই বেঁটুসংক্রান্তি নামে অভিহিত। বেঁটুঠাকুর খোসের দেবতা।

খোসের নানারকম টোটকা টাটকি তৈল ও মলম প্রভৃতি ঔষধ প্রচলিত আছে। ঐ সকল ঔষধের আবিষ্কারদের মধ্যে কেহ কেহ বলেন, তাহার ঔষধে তিন দিনে, কেহ বলেন ২৪ ঘণ্টায় খোস আরাম হয়। ঐ সকল ঔষধের গুণের কথা যেমন তেমন, ঐ চিকিৎসার রীতি হইতেছে—বহিমুখীন পীড়াকে বাহ্যিক ঔষধ প্রয়োগ দ্বারা বাহির দিক হইতে আরোগ্য করিয়া ভিতরে লইয়া যাওয়া বা রোগকে ভিতরে ঠেলিয়া দেওয়া।

এসময়ে ইহা বলিলেই যথেষ্ট হইবে যে, যেমন বৃক্ষের কাণ্ড বর্তমান রাখিয়া শাখাপ্রাশা ছেদন করিয়া দিলে কিছুদিন বৃক্ষটিকে মৃতবৎ দেখায়, কিন্তু কিছুকাল পরেই আবার উহা হইতে সতেজে নূতন শাখাপ্রাশা বহির্গত হইয়া পূর্বের স্থায় সজীব ও বর্ধনশীল হইয়া উঠে, তদ্রূপ চর্মরোগে বাহ্যিক ঔষধ ব্যবহারে আপাত : রোগ অদৃশ্য হইলেও রোগের মূল রহিয়া যাওয়ার উহার ক্রিয়া বা বিকাশ বন্ধ থাকিতে পারে না। পক্ষান্তরে ঐ বহির্বিকাশশীল রোগকে বাহ্যিক প্রয়োগ দ্বারা আরোগ্য করিয়া দিলে, অন্তর্নিহিত ঐ বিষ বা পীড়া দেহাভ্যন্তরে প্রবেশ করিয়া বিপরীত গতিতে ক্রমে প্রধাম প্রধান বস্তুর অভিমুখে ধাবিত হয় ও অন্তরূপ কঠিন রোগের সৃষ্টি করে।

মহাশ্মা চ্যানিমান বলিয়াছেন—গাত্রে কোন কণ্ড বা চুলকানিযুক্ত চর্মরোগ জন্মিলে বুঝিতে হইবে যে, সোরা (Psora) দোষই তাহার আভ্যন্তরিক মূল কারণ। সোরা দোষ শরীরে বর্তমান না থাকিলে উক্ত কীট শরীরে লাগিলেও পাঁচড়া জন্মে না। বাহ্য প্রয়োগে ম্যাকারাস কীটগুলিকে বধ করিলে আন্ত আরোগ্য হয় বটে, কিন্তু পুনরায় পীড়া প্রকাশ হইবার খুবই সম্ভাবনা থাকে, সেজন্য আভ্যন্তরিক ঔষধ প্রয়োগে শরীরের “সোরাদোষ” সংশোধিত করিয়া দিলে প্রকৃত আরোগ্য সাধিত হয়।

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসায় কেবল ঔষদ্রক সর্ষপ তৈল ব্যতীত অত্র কোন বাহ্যিক ঔষধ দেওয়া হয় না এবং এই মতের চিকিৎসকগণ শীঘ্রই এই পীড়া আরোগ্য করিতে চাহেন না বলিয়া অধিকসংখ্যক খোসের রোগী হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকের নিকটে আসে না। কিন্তু যখন কিছুতেই সারে না এবং বাহ্যিক ঔষধ প্রয়োগে হিতে বিপরীত বা উপসর্গযুক্ত হয়, তখন হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকের শরণাপন্ন হইয়া থাকে। এই রোগে আমাদের অনেক ঔষধ থাকিলেও, প্রধানতঃ “সালফার” ও “সোডিয়াম্” প্রয়োগেই আমরা এ রোগ আরোগ্য হইতে দেখিতে পাই। প্রথমে একমাত্র “সালফার ২০০” খাইতে দিয়া এক সপ্তাহ অন্তে “সোডিয়াম্ ২০০” একবার খাইতে দিলেই (হুই সপ্তাহের মধ্যে) অধিকাংশ স্থলেই কার্যসিদ্ধি হইয়া থাকে। সালফার সেবনের পর কোন কোন রোগীতে পীড়ার বাহ্যিক বিকাশ অধিক হয়, সেজন্য সালফার দেওয়ার সময় রোগীকে বলিয়া দিতে হয় যে, হয়ত এই ঔষধ সেবনে প্রথমে পীড়া কিছু বাড়িবে, কিন্তু তাহাতে কোন চিন্তার কারণ নাই।

বাহ্যিক ঔষধ প্রয়োগে খোস হঠাৎ ভাল হইয়া যে সকল কঠিন পীড়া জন্মে, তাহার মধ্যে ভীষণরূপে সর্কাক ফুলিয়া যাওয়া, অথবা নানাস্থানে বহুসংখ্যক বড় বড় ফোটক হওয়া, প্রায় সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায়। এরূপ হইলেও সালফারে উপকার হয় এবং সালফার দেওয়ার পর

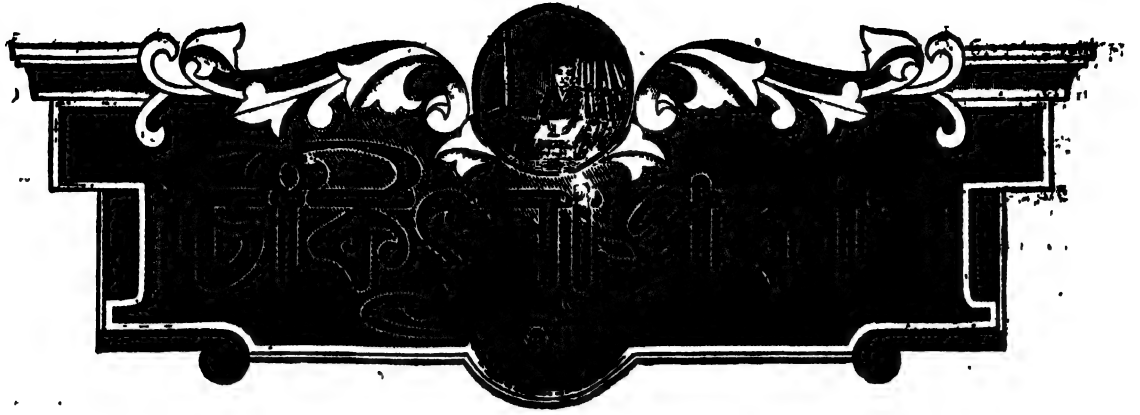
শীড়ার গতি পর্যবেক্ষণ করিয়া আবশ্যক হইলে অস্ত্র ঔষধও অবস্থান্তরে ব্যবহৃত হইতে পারে। এই দুই প্রকার উপসর্গের দুইটা রোগী-ভব্ব নিয়ে বিবৃত হইল।

১ম রোগী :—মহানদের দক্ষিণপাড়ার কালাচাঁদ বড়াল। ইহার বয়স বখন ৪৫ বৎসর, তখন তাহার অত্যন্ত খোস হয় এবং তাহার ঠাকুরমা কর্পূর দিয়া কি একটা তৈল প্রস্তুত করিয়া লাগায় ও তাহাতেই সকলস্থানের খোস ২১০ দিনের মধ্যে একেবারে ভাল হইয়া যায়। কিন্তু সঙ্গে সঙ্গে তাহার সর্কাদ ফুলিতে থাকে। ২১ দিনের মধ্যে শিশুটি এরূপ অসম্ভবরূপে ফুলিয়া গিয়াছিল যে, তাহার জীবনের আশা ত্যাগ করিয়াছিল। আমি তখন ‘সোলিডা ২০০’ খাইতে দিই, তাহাতেই তাহার সার্কাদিক শোধ ভাল হয় এবং পুনরায় খোস জন্মে। কয়েকদিন পর একমাত্রা “সোলিডা ২০০” খাইতে দেওয়াতেই কিছুদিনের মধ্যে খোসও ভাল হইয়া যায়। ইহার আর খোস জন্মে নাই।

২য় রোগী :—জর্নৈক পূর্ণবয়স্ক পুরুষ, নাম আব্দুল কাগজি। বিগত পৌষমাসে আব্দুল কাগজির অত্যন্ত খোস চুলকানি হয়। সে অনেক রকম বাহ্যিক ঔষধ ব্যবহার করে এবং তাহাতে খোস অনেক পরিমাণে লুপ্ত হইয়া যায়। কিন্তু বড় বড় ফোটক জন্মিতে থাকে। বাম পায়ের উরুতে একটা ফোটক পাকিয়া যায় ও একজন চিকিৎসক তাহা অপারেশন করিয়া দেন। তাহার পর একেবারে ৮১০টা বড় বড় ফোটক হওয়ার আমার চিকিৎসাধীন হয়। আমি প্রথমে “সোলিডা ২০০” দিই, কিন্তু বিশেষ উপকার না হওয়ার সেগুলি পাকিয়া যাইবার জন্য “হিপান সোলিডা ৬” প্রত্যহ ৪ বার করিয়া সেবন করিতে দিই (প্রত্যহ ৪ বার)। তখন একটি ফোটকে অত্যন্ত যত্ন হওয়ায় ও তাহা পাকিয়াছে অনুমান করিয়া

পুনরায় সেটিকে অস্ত্র করিবার জন্য পূর্বোক্ত চিকিৎসককে ডাকে, কিন্তু চিকিৎসক আসিবার কিছু পূর্বেই ফোটকটি আপনিই ফাটিয়া যায়, আর অস্ত্র করিতে হয় নাই। তখন সে ঔষধাবলম্বন পূর্বক আমার চিকিৎসাধীনে থাকিয়া কয়েকদিন “হিপান সোলিডা ৬” খাইতেই ঐ ফোটকগুলির কতক বিনা অস্ত্রে ফাটে ও কয়েকটি বসিয়া গিয়া ভাল হইয়া যায়। এই সময় খোস চুলকানি পুনরায় বাড়িতে থাকে এবং তলপেটের দক্ষিণ পার্শ্বে ৫৬ ইঞ্চি স্থানে লম্বা ষোটা দড়ার মত শক্ত হইয়া ফুলিয়া উঠে ও অত্যন্ত যন্ত্রণা হইতে থাকে। এমন কি—যদি সেই স্থানে অস্ত্র করিতে হয় তাহা হইলে সে মরিয়া যাইবে, এই বলিয়া সে ভেউ ভেউ করিয়া কাঁদিতে থাকে। আমি তাহাকে সেদিন “হিপান সোলিডা ২০০” এক ডোজ খাইতে দিই। পরদিন হইতে বাতনাদি কমিয়া যায় এবং ২১০ দিনে সেটি একেবারে বসিয়া যায়। আর কোন স্থানে নূতন ফোটক হয় না, কিন্তু খোস চুলকানি বেশী হয়, বিশেষতঃ রাতে চুলকানি এত বাড়ে যে, তাহার জন্য একবারও নিদ্রা হয় না। তখন পুনরায় “সোলিডা ২০০” একবার খাইতে দিয়া এক সপ্তাহ পরে “সোলিডা ২০০” একবার খাইতে দিই। তাহাতেই সে সম্পূর্ণ আরাম হয়। এখানে আশ্চর্যের বিষয় এই যে, সেই প্রথম ফোটকের অস্ত্রকৃত এতদিনেও ভাল হয় নাই। স্বতের পটিতে প্রত্যহ পূজ লাগিত। এইবার সেই ক্ষতস্থানে স্বতের পটিতে “ক্যালসেগুলা আদান্ন” প্রয়োগ করাতেই দুইদিনের মধ্যেই ক্ষতটি আরোগ্য হইয়াছিল। হোমিওপ্যাথিক ঔষধের এই প্রকার অত্যাশ্চর্য আরোগ্যকরী শক্তি দেখিয়া রোগী একেবারে মুগ্ধ হইয়া গিয়াছে এবং সর্বত্র হোমিওপ্যাথিক ঔষধের সুখ্যাতি প্রচার করিতেছে।

(ক্রমশঃ)



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয় মাসিক পত্র ও সমালোচক

২৩শ বর্ষ

১৩৫৭ সাল—শ্রাবণ

৪র্থ সংখ্যা

বিবিধ

ফোটক (Abscess) : ফোটক-উৎপত্ত হইবার উপক্রমে অর্থাৎ ফোটকের প্রথমাবস্থায়—প্রথম ২৪ ঘণ্টা কার্বলিক এসিড দ্রবের উষ্ণ কম্প্রেস প্রয়োগ করিলে অধিকাংশ স্থলেই ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই ফোটক ফাটিয়া যায়। ইহা নিম্নলিখিতরূপে ব্যবহার্য। যথা :—

প্রথমতঃ বিগুজ কার্বলিক এসিডের ১১% পাসেন্ট দ্রব পরিস্রুত জলে প্রস্তুত করিবে। এই দ্রব ৩৪ আউন্স পরিমাণ লইয়া উষ্ণ করিবে, তৎপর উহাতে একটুকরা বোরিক তুলা উত্তমরূপে ভিজাইয়া নিংড়াইয়া লইয়া, ঐ তুলা ফোটকের উপর সযত্নে বসাইয়া দিয়া, পুরু ব্যাণ্ডেজ দিয়া বাধিয়া রাখিবে। প্রতি ঘণ্টায় একবার করিয়া এইরূপ কম্প্রেস দিতে হইবে। কয়েকবার কম্প্রেস দিবার পরই ফোটক ফাটিয়া যাইতে দেখা যায়।

ফোটক হইবার পূর্বে স্থানিক প্রদাহ দেখা যাইবে। যাত্র ফোটক প্রকাশ পাইবার আশঙ্কায় কার্বলিক এসিডের ১১% পাসেন্ট দ্রব পরিস্রুত জলে প্রস্তুত করিতে : ৫০ বিন্দু পরিমাণ ১টা ৫ সি, সি, হাইপোডার্মিক সিরিঞ্জ যথো লইয়া, ফোটক প্রদাহ স্থানের চারি পার্শ্বের চারি স্থানে অধঃস্থাতিক ইন্জেক্সন দিলে (প্রতি স্থানে ১২½ বিন্দু), শতকরা ৯৫টা রোগীরই প্রদাহ উপশমিত হইয়া, ফোটকের উদ্ভাটন নিবারণ করে। ইন্জেক্সনের স্থান ও সিরিঞ্জ যথানিয়মে এলকোহল দ্বারা বিশোধিত করিয়া লইতে হইবে।

(Pacific Medical Journal)

প্রোথ দমনের ঔষধ ৩—একপ্রকার প্রকৃতির লোক আছে বাহাদের স্বভাব অত্যন্ত রাগী। সামান্য কারণেই ইহারা ক্রুদ্ধ হইয়া দিগ্বিদিক্ জানশূন্য হইয়া পড়ে। তার লতার ব্রাণ্টন এইরূপ প্রকৃতি পরিবর্তনের ঔষধ আবিষ্কার করিয়াছেন। এই ব্যক্তির উত্তেজিত হইবার উপক্রমেই ইহাদিগকে ইনি নিম্নলিখিত ব্যবহা করেন। যথা :—

Re.

পটাশ বাইকার্স ... ২০ গ্রেণ।

পটাশ ব্রোমাইড ... ২০ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ২১৩ আউন্স শীতল জলে দ্রব করতঃ পান করিতে হইবে। এইরূপ কিছুদিন ব্যবহারেই ইহাদের প্রকৃতির অসম্ভব পরিবর্তন হইতে দেখা যায়।

(Spatula)

তরুণ সর্দির সহজ ঔষধ ৩—হঠাৎ সর্দি হইয়া যখন নাকি হইতে পাংলা জল নির্গত হইতে থাকে, মাথা কটু কটু করে এবং চোখ হইতে জল পড়ে তখন সম পরিমাণ টিং আয়োডিন (বি, পি,) এবং একোয়া এমোনিয়া মিশ্রিত করতঃ, প্রতি দশ মিনিট অন্তর-রাপ লইলে কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই পীড়ার সম্যক উপশম হইয়া থাকে। এই মিশ্রিত দ্রব ১টা বড় মুখের ছোট কাচের শিশিতে রাখিতে হয় এবং ঐ শিশিই নাকের নিকট লইয়া রাখা হইতে হয়।

এই মিশ্রিত দ্রবকে আয়োডাইড অব্ এমোনিয়া বলা হয় এবং ইহার গ্রাণ সর্দি রোগের উদ্দীপক জীবাণু সমূহের সম্বর ধ্বংস সাধন করে। সর্দির প্রথম অবস্থায় ইহা একটা উৎকৃষ্ট ঔষধ।

(Clinical Journal)

কুইনাইনের পরিবর্তে 'এলাম'
আ ফট্‌কিরি (Alum in place of Quinine) ৩—সকল অরে প্রতি ৪ ঘণ্টার পালত

এলাম (ফট্‌কিরিচূর্ণ) ৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রয়োগ করিলে এবং শেষ পুরিয়াটা অর আসিবার ২ঘণ্টা পূর্বে সেবন করিতে দিলে, বিশেষ উপকার হইয়া থাকে।—দায়নিক বিরেকচ দ্বারা মধ্যে মধ্যে অর পরিষ্কার করিয়া দিবে। কারণ 'এলাম' কোষ্ঠকাঠিন্য আনয়ন করে।

এই ঔষধ (এলাম সুলত ও সহজ প্রাপ্য—অথচ কুইনাইনের পরিবর্তে ইহা বিশেষ উপযোগীতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

(Practical Medicine)

ম্যালেরিয়া জ্বর (Malarial Fever) ৩—নিম্নলিখিত ব্যবহাপত্রখানি পুরাতন ম্যালেরিয়া অরে বিশেষ ফলপ্রদ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে। যথা :—

Re

টিং আয়োডিন ... ৪ মিনিম।

লাইকার আসেনিকেলিস ... ৪ মিনিম।

থাইল সলিউশন্ ... ১/২ ড্রাম।

ম্যাগ্‌ সাল্ফ ... ১ ড্রাম।

একোয়া এড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ তিন মাত্রা প্রস্তুত করিয়া আহাৰান্তে দিনে ৩ বার সেবন বিধি।

(Practical Medicine)

তরুণ সপূজ চক্ষু প্রদাহ ৩—নিম্নলিখিত ব্যবহাপত্রখানি তরুণ সপূজ চক্ষু প্রদাহ পীড়ায় বিশেষ উপকারী। যথা :—

Re.

এড্রিনালিন ক্লোরাইড ... ১০ মিনিম।

একোয়া ডিষ্টিল্ড ... ২ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ লোশন প্রস্তুত করিবে এবং তাৎ বিন্দু করিয়া চক্ষুর মধ্যে দিনে ৩ বার প্রযোজ্য।

(Practical Medicine)

মাথায় খুঁকি নিবান্ধনের ঔষধঃ—

মাথায় খুঁকি হইলে উহা সহজে আরোগ্য হইতে চাহে না ; এবং কোনও পরিবারে এই রোগ একজনের মাথায় হইলে উহা ঐ পরিবারের প্রায় সকলেরই হইয়া থাকে । ইহাতে মাথায় চুল উঠিয়া যায়, টাক্ পড়ে ও চুলের গোড়ায় ক্ষত পর্য্যন্তও হইতে পারে ।

নিম্নলিখিত লোশনটীর দ্বারা মাথা পরিষ্কার করিলে এবং ইহা মাথায় তৈলের পরিবর্তে মাখিলে এই দুর্দম্য পীড়ার উপশম হয় । এই রোগাক্রান্ত ব্যক্তির চিরুণী বা ক্রশ অন্তের ব্যবহার অসুচিত ।

লোশন :—

Re.

রিসোরসিন্	...	৪ ড্রাম ।
ট্যানোফর্ম	...	৫ ড্রাম ।
এলকোহল্	...	৮ আউন্স ।
একোয়া	...	৮ আউন্স ।
অয়েল অব্ ল্যাভেণ্ডার	...	২ ড্রাম ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ দিবসে ২ বার মাখিবে ।

(New Eng. Med. Monthly)

কুষ্ঠ চিকিৎসাঃ—ডাক্তার নোয়েল—কুষ্ঠ

রোগীর চিকিৎসায় নিম্নলিখিত ব্যবস্থাপত্র খানির বিশেষ প্রশংসা করিয়া থাকেন । রোগীকে সুস্থ ব্যক্তির নিকট হইতে পৃথক রাখিয়া—নিম্নলিখিত ঔষধটীর দ্বারা চিকিৎসা করিলে গলিত কুষ্ঠ পীড়ায় আশাতীত উপকার পাওয়া যায় ।

Re.

চালমুগরা অয়েল	...	৩ ভাগ ।
গাইনোকার্ডিক এসিড্	...	১' ২০. ভাগ ।
ট্রিক্লিনি সাল্ফ	...	০১ ভাগ ।
ক্যালসাইন্ড্ ম্যাগ্নেশিয়াম...	...	২০. ভাগ ।
গাম্ এরাবিক্	...	২ ভাগ ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ২৪টা বটীকায় বিভক্ত কর ।

প্রথমতঃ প্রধান আহারের সহিত ৪—৬টা বটীকা সেব্য ; অতঃপর ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ প্রত্যহ ২৪টা বটীকা পর্য্যন্ত সেবন বিধি ।

(Lepra, It. Fase. 4. 104.)



কোষ্ঠবদ্ধতা—Constipation.

লেখক—সার্জেন এইচ, এন, চার্লস B. Sc, M. D. P. H.

Late of his Majesty's Royal Nav. I. H. T.

and Mercantile marine service—China, Japan, Newyork Durban, etc

—○:(*):(○— ২

সংজ্ঞা ১—যদি কোষ্ঠ একেবারেই বন্ধ থাকে, তাহা হইলে উহাকে কোষ্ঠবদ্ধতা (Constipation) বলা হয়, আর বিলম্বে এবং অল্পপুষ্ট কঠিন ও সামান্য পরিমাণ মলত্যাগ হইলে, তাহাকে কোষ্ঠকাঠিন্য বলে। ইহা বিবিধ পীড়ার লক্ষণরূপে প্রকাশ পাইয়া থাকে। প্রত্যহ একবার করিয়া মলত্যাগ হইলে ও মলের পরিমাণ অল্প হইলে এবং মল অল্পমধ্যে সংগৃহীত হইয়া থাকিলে তাহাকে কোষ্ঠামতা (Costiveness) বলা হয়।

সুস্থাবস্থার স্বাভাবিক মলের প্রকৃতি কোমল ও নলাকার এবং গাঢ় হরিদ্রাবর্ণ বিশিষ্ট। সুস্থাবস্থায় কেহ দিবসে ১ বার, কেহ বা ২ বার মলত্যাগ করে।

প্রত্যহ অল্প হইতে সংগৃহীত মল নির্গত হইয়া না গেলে, ঐ আবদ্ধ মলের বিষ-পদার্থ (Toxins) সমূহ অল্পমধ্যে সঞ্চিত হইয়া অঙ্গের বিবিধ পীড়ার সৃষ্টি করিয়া থাকে এবং ক্রমশঃ ঐ বিষ রক্তপ্রবাহ মধ্যে শোষিত হইয়া সমস্ত দেহব্যবস্থাকেই দূষিত করিয়া কেলে। এইজন্যই কোষ্ঠবদ্ধতা বা কোষ্ঠামতা পীড়াকে অগ্রাহ্য করিতে পারা যায় না। ইহার প্রকৃতি দুই হইলেও ইহা অত্যন্ত সাংঘাতিক রোগ;

সময়ে স্ফটিকিংসা না হইলে, ইহা হইতে বিবিধ দূষিত রোগ দেহমধ্যে সৃষ্টি হইয়া, জীবন বিপন্ন করিয়া তুলে। এই জন্যই ক্রিষ্ণ চিকিৎসক সর্বপ্রথমেই রোগীর কোষ্ঠ সম্বন্ধে অনুসন্ধান করিয়া থাকেন। কোষ্ঠ পরিষ্কার থাকিলে সহসা কোনও পীড়া আক্রমণ করিতে পারে না। কোষ্ঠ পরিষ্কার করাইয়া দিলে প্রায় অধিকাংশ রোগেরই অর্দ্ধেক পীড়া আরোগ্য হইয়া যায়।

কাতারও কাহারও ৩৪ দিন আদৌ দান্ত হয় না, তারপর হঠাৎ এক দিন উদরাময়ের মত ৪৫ বার তরল দান্ত হইয়া থাকে। ইহাও খুবই খারাপ।

কোষ্ঠ কাঠিন্য ও কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়া অতি কষ্টসাধ্য রোগ। বিশেষ যত্ন ও বিচক্ষণতার সহিত দীর্ঘকাল চিকিৎসা ও পথ্যাদি না করিলে আশাহতরূপ ফল পাওয়া যায় না।

কারণ-তত্ত্ব ১—বিবিধ কারণে অঙ্গের ক্রিয়া মান্য উপস্থিত হয় এবং ফলে, এই কোষ্ঠবদ্ধতা ও কোষ্ঠ-কাঠিন্য রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

পরীক্ষার দ্বারা দেখা গিয়াছে যে, অভ্যাসগত কোষ্ঠ কাঠিন্য ও বদ্ধতা শতকরা প্রায় ৮৫ জনেরই আন্ত্রিকক্রিয়া

বৈলক্ষণ্য জন্ত উৎপন্ন হইয়া থাকে এবং ইহার অন্ততম প্রধান কারণ দূষিত অভ্যাস। বর্তমান সময়ের বিলাসিতা এবং জীবনযাপন-প্রণালীও এই কোষ্ঠবদ্ধতার জন্ত কতকাংশে দায়ী—তাহাতে কোনও সন্দেহ নাই। বর্তমান যুগের সত্য আহাৰ্য্য দ্রব্যাদি, জল-পানান্নতা, বিবিধ যান বাহনাদির জন্ত হাঁটা বা চলার স্থান—কলে, দৈহিক পরিশ্রমের অভাব ইত্যাদি বিবিধ কারণে অধুনা এই পীড়ার প্রকোপ অধিক দেখা যায়।

পূর্বে এই পীড়া কেবলমাত্র স্ত্রীলোকদের মধ্যেই সীমাবদ্ধ ছিল, কিন্তু এক্ষণে সত্যতার সঙ্গে সঙ্গে এই পীড়া পুরুষদের মধ্যে সংক্রামক পীড়ার স্থায় সংক্রমিত হইয়াছে। বিশ বৎসর পূর্বে স্ত্রীলোকেরা এই রোগে যে পরিমাণে ভুগিত, আজ তাহাপেক্ষা অনেক কম ভুগিতেছে; কারণ, নারী এখন অনেক স্বাধীনতা লাভ করিয়াছে। কিন্তু দুঃখের বিষয় পুরুষদের মধ্যে এই রোগ ক্রমশঃ বৃদ্ধি পাইতেছে। বাজারে “সরলভেদী বটাকা”, ‘কোষ্ঠভুক্তি মোদক’ প্রভৃতির বিক্রয়াদিক্য দেখিয়া সহজেই অনুমান করা যায় যে, কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়া অতি দ্রুতগতিতে বাড়িয়া চলিয়াছে। মলত্যাগের বেগধারণ করিলে অর্থাৎ মলত্যাগের ইচ্ছা হইলে মলত্যাগ না করিলে, কিছুদিন পরেই কোষ্ঠবদ্ধতা রোগ দ্বারা আক্রান্ত হইতে হয়। মলত্যাগেচ্ছা হইবামাত্র সর্বস্বকর্ম্য ত্যাগ করিয়া অগ্রে মলত্যাগ করিতে আইবে। রক্তাশ্রিতা, রক্তহীনতা এবং বিবিধ উত্তেজনাকর খাদ্যদ্রব্য বা ঔষধদ্রব্য দীর্ঘকাল ব্যবহার করিলে, কোষ্ঠবদ্ধতা বা কোষ্ঠকাঠিন্য রোগ হইতে পারে। অতিরিক্ত ধূমপান এবং অতিরিক্ত সুরাপান করিলেও এই পীড়া হইবার সম্ভাবনা। যথাসময়ে মলত্যাগ না করিয়া যখন তখন মলত্যাগ করিলে, কোষ্ঠকাঠিন্য রোগ হইতে পারে।

ডাক্তার জন্‌ইন্ এই কোষ্ঠবদ্ধ পীড়াকে তিনটা পৃথক পৃথাকে বিভক্ত করেন। যথা :—

- (১) অল্পের কৃমি-গতি-ক্রিয়া-বৈলক্ষণ্য জনিত কোষ্ঠবদ্ধতা।

(২) পরিপাকবস্তুর অংশ বিশেষের সাক্ষেপ সঙ্কোচন জনিত কোষ্ঠবদ্ধতা।

(৩) দেহমধ্যস্থ জন্ত কোনও বস্তুর অস্বাভাবিক অবস্থাজনিত কোষ্ঠবদ্ধতা।

আরও বিবিধ কারণে এই রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। কোনওরূপ ভৌতিক বা বৈধানিক কারণে কোষ্ঠবদ্ধতা উপস্থিত হইয়া থাকে। অস্ত্রের সংযমন, প্রদাহজনিত পদার্থ সঞ্চিত হইয়া অস্ত্রমধ্যে বন্ধনী নির্মাণ, অস্ত্রাভ্যন্তরে বা অস্ত্রের বাহিরে নব বর্জনবশতঃ অস্ত্রের ক্রিয়ামান্দ্য, নলীর আকৃষ্টন, নলীর একাংশ মধ্যে অপরাংশ প্রবেশ, অন্ত্রবাহনলী জড়িত হওয়া ইত্যাদি কারণে অস্ত্রমধ্যে মলের গতি প্রতিবন্ধক হইতে পারে।

পায়খানার মধ্যে অধিকক্ষণ বসিয়া থাকিলে, প্রথমতঃ বেশ সহজ ও সরল মলত্যাগ হয় সত্য, কিন্তু কিছুদিন পরে কোষ্ঠবদ্ধতা ও অর্শপীড়া উৎপাদনের সহায়তা করে।

পুরাতন কোষ্ঠকাঠিন্য ও কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়া সকল বয়সে এবং সকল শ্রেণীর লোকের মধ্যেই দেখিতে পাওয়া যায়।

আক্ষেপযুক্ত সঙ্কোচন সাধারণতঃ ক্ষুদ্রায়েই প্রকাশ পাইয়া থাকে এবং তাহার ফলে, কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে। মলদ্বারের আক্ষেপ জন্তও কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়া উৎপন্ন হইতে পারে। এইরূপ আক্ষেপ জন্ত মলদ্বারের নৈমিত্তিক ঝিল্লীসমূহ অশুভূতি সম্পন্ন হইয়া পড়ে, যাহার ফলে, সহজে মল—মলদ্বারপথে নির্গত না হইয়া পুনরায় অস্ত্রমধ্যে প্রবিষ্ট হয়; এইরূপে ক্রমশঃ আভ্যাসিক কোষ্ঠবদ্ধতার সৃষ্টি হইয়া থাকে। এইরূপ কোষ্ঠবদ্ধতায় সরলাস্ত্রের চিকিৎসা প্রয়োজন। অস্ত্রের কীণতা সহবর্তী অস্ত্রপ্রসার, কোষ্ঠকাঠিন্য পীড়ার একটা প্রধান কারণ।

মলত্যাগে সাহায্যকারী ঔষধীয় ঐহিক পেশীর কীণতা বশতঃ যেদগ্ধ ব্যক্তির ও যে সকল স্ত্রীলোকের পুনঃ পুনঃ গর্ভধারণবশতঃ উদর শিথিল হয়, তাহাদের কোষ্ঠকাঠিন্য উপস্থিত হইতে পারে।

অন্ত্রের গ্রন্থিসকলের শ্রাবিত রসের স্বভাব প্রযুক্ত অল্প আধের বা কাইলের ভার্য্য হ্রাস হইয়া— কোষ্ঠবদ্ধতা জন্মায়। অত্যধিক ঘর্ম ও প্রস্রাবাদি হইয়া অল্প হইতে যথেষ্ট পরিমাণে জলীয়াংশ শোষিত হয় এবং সেই কারণেও কোষ্ঠকাঠিঙ্গ প্রকাশ পাইতে পারে।

রক্তাৱতা রোগে এবং অলস স্বভাব সম্পন্ন ব্যক্তিদের কোষ্ঠকাঠিঙ্গ উপস্থিত হইতে পারে, ইহা পূর্বেই বলিয়াছি। প্রমজীবিগণ তাহাদের জীবিকা পরিবর্তন করিলে বা কোনও কারণে কায়িক শ্রমের অভাব হইলেও কোষ্ঠকাঠিঙ্গ পীড়া দ্বারা আক্রান্ত হইতে দেখা যায়। জলবায়ুর পরিবর্তন, দেশভ্রমণ, সমুদ্রযাত্রা প্রভৃতিবশতঃও কোষ্ঠকাঠিঙ্গ ঘটয়া থাকে।

পুরাতন শৈরিক অবরোধজনিত অন্ত্রের শৈল্পিক খিল্লীর রক্তাবেগ হইলে, অথবা বক্তের পীড়াবশতঃ বক্ত বিধানের শৈরিক রক্তসংগ্রহ উপস্থিত হইলে, কোষ্ঠবদ্ধতা রোগ দেখা যায়। যথেষ্ট পরিমাণে পিত্ত নিঃসৃত না হইলে এবং বক্তের ক্রিয়া বৈলক্ষণ্য উপস্থিত হইলে, কোষ্ঠকাঠিঙ্গ পীড়া দেখা যায়।

এতদ্ভিন্ন বিবিধপ্রকার মস্তিষ্কের পীড়ায়—বিশেষতঃ, মেনিঞ্জাইটিস রোগে বিলক্ষণ কোষ্ঠকাঠিঙ্গ দেখা যায়। **পুনঃ পুনঃ বিরোচক ঔষধ সেবন কোষ্ঠকাঠিঙ্গের একটি প্রধান কারণ।** যে সকল খাদ্যদ্রব্য সমীকৃত হয় না। এরূপ উপাদান কম, অনেকস্থলে সেইরূপ খাদ্যদ্রব্য আহার করিলে, অথবা উপযুক্ত আহারের অভাবে পরিষ্কার মলত্যাগ হয় না। শিশু ও বালকবালিকাদিগের কোষ্ঠকাঠিঙ্গ এইপ্রকারে জন্মিয়া থাকে।

নিম্নলিখিত পীড়া গুলিতেও বিবিধ কারণে কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়া জন্মিয়া থাকে। যথা :—মধুমুত্র (Diabetes), মীসখাত্বারা বিযাক্ততা, হৃদযন্ত্রের পাড়া, টিউবার্কিউলার মেনিঞ্জাইটিস, গাঁজা ও সন্ধ্যাচক ঔষধদ্রব্য সেবন।

বকঃ উদর ও বস্তিগহ্বর, বিশেষতঃ বস্তিগহ্বর

কোনও স্বত্ববিশেষে বেদনা থাকিলে মলত্যাগে কষ্ট হয় ও কোষ্ঠকাঠিঙ্গ উপস্থিত হয়।

প্রধানতঃ নিম্নের দুইটি কারণে, অথবা ইহাদের যে কোনও ১টি কারণে কোষ্ঠকাঠিঙ্গ বা কোষ্ঠবদ্ধতা রোগ জন্মিতে পারে। যথা :—

(ক) অল্প মধ্যাহ্ন শ্রাবিত রসের অভাব বা অল্পমধ্যে রস স্বর শোষণজনিত বৃহদন্ত্র মধ্যাহ্ন মলের শুষ্কতা ও কাঠিঙ্গ।

(খ) বৃহদন্ত্রের পৈশিক স্রুত সকল কোনও কারণে আকৃষ্ট হইবার ব্যাঘাত।

অশ্মান্য পীড়ার সহবর্ত্তী কোষ্ঠ বদ্ধতাঃ—থাইরয়েড্ ও পিটুইটারি গ্রন্থির পীড়া, ফুস্ফুস, হৃদযন্ত্র, বক্ত, বৃক্ক ইত্যাদির পীড়ায় দ্যুনাধিক রূপে পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতা বর্ত্তমান থাকিতে দেখা যায়। বক্তেস্থ শৈরিক রক্ত সঞ্চালন ক্রিয়ার বৈলক্ষণ্যই ইহার অত্যন্ত প্রধান কারণ। মধুমুত্র (ডায়েবেটিস্) পীড়ায় প্রায় সকল রোগীতেই কোষ্ঠবদ্ধতা বা কোষ্ঠকাঠিঙ্গ বর্ত্তমান থাকে। এই রোগে অত্যধিক পরিমাণে মূত্রত্যাগ হওয়ায় অল্পমধ্যাহ্ন মল শুষ্ক অবস্থা প্রাপ্ত হয় এবং এই রোগের মাছ ও মাংস প্রধান পথ্য হওয়ায় কোষ্ঠ কাঠিঙ্গ জন্মিয়া থাকে। সর্বপ্রকার তরুণ জর রোগেই কোষ্ঠবদ্ধতা দেখা যায় এবং ইহাই পরে, অনেক স্থলে পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতার পরিণত হয়। স্নায়ুযন্ত্রের কেন্দ্র পীড়িত হইলেও কোষ্ঠবদ্ধতা বর্ত্তমান থাকে। আলসার, ক্যান্সার (কর্কটিকা), এটনী, হাইপার ক্রোরহাইড্রিয়া এবং একাইনীয়া গ্যাস্ট্রিকা রোগেও কোষ্ঠবদ্ধতা দেখা যায়। অল্পমধ্যাহ্ন শ্রাবিত রসের অভাব বা হ্রাসই ইহার প্রধান কারণ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে। অল্পমধ্যে টিউমার হইলে অথবা অস্ত্রাবরোধ রোগে কোষ্ঠবদ্ধতা জন্মিয়া থাকে। অস্ত্র—অস্ত্রাবরক খিল্লীর সহিত আবদ্ধ হইলেও কোষ্ঠবদ্ধতা রোগ দেখা যায়। পুরাতন অল্পপুচ্ছ পীড়া (এপিডিটাইটিস্), পিত্তহালীর পীড়া, ফুস্ফুস

স্নেহাধিক্য, ক্ষুদ্র ও বৃহৎঅন্ত্রের আলসার ইত্যাদি রোগেও কোষ্ঠকাঠিন্য জন্মিয়া থাকে।

পুনঃ পুনঃ উগ্রবিরেচক ঔষধ সেবন অথবা প্রত্যহ মুহু বিরেচক ঔষধ ব্যবহারের ফলেও কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়া উপস্থিত হইতে পারে।

লক্ষণ—পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতায় রোগী তলপেটে ভারবোধ, পুনঃপুনঃ বায়ুনিঃসরণ, কখন কখন শূলবৎ ঔষধিক বেদনা, উদরের বৃদ্ধি, পেট ফাঁপা ইত্যাদি বিবিধ অসুবিধা বোধ করে। পীড়ার প্রকৃতি অনুযায়ী লক্ষণাদির কম বেশী হইয়া থাকে। গ্যাস্ট্রিক লক্ষণাবলীর মধ্যে ক্ষুধামান্দ্য প্রথম ও প্রধান লক্ষণ যাহা অধিকাংশ রোগীতেই দেখা যায়। আহারাদির পর পেটে ভার বোধ, মুখে বিষাদ বোধ, মলাবৃত্ত জিহ্বা, উল্কার উঠা, মুখে জল আসা এবং সামান্য বিবমিষা ইত্যাদি লক্ষণও প্রকাশ পাইয়া থাকে। ইহা ছাড়াও আলস্ত, মুহু শিরঃস্পন্দন, মাধায় চাপ বোধ, অনিদ্রা, শিরঃপীড়া, অনিয়মিত হৃদস্পন্দন সহ বৃক্কধড়ফড়ানি ইত্যাদি দেখা যায়। দুর্দ্দম্য কোষ্ঠ-বদ্ধতায় তৎসহ মধ্যে মধ্যে উদরাময় হইতেও দেখা যায়।

কোষ্ঠকাঠিন্য রোগে মলত্যাগে বিলম্ব হয় এবং মল কঠিন, অল্প পরিমাণ, কখন কখন সাতিশয় দুর্গন্ধ যুক্ত, কৃষ্ণবর্ণ, মৃৎবর্ণ, দৃঢ় পিণ্ডবৎ হয়। অধিকাংশস্থলেই মলত্যাগ করিতে কষ্ট ও যন্ত্রণা হয়।

অজ্ঞাতান্তরে মল সংগৃহীত ও আবদ্ধ থাকা প্রযুক্ত সীকাম্ কোলন্; সরলান্ত্র মধ্যে মল সংগ্রহ বশতঃ বেদনা ক্ষীতি, প্রতিঘাতে পূর্ণগর্ভ শব্দ প্রভৃতি বিবিধ স্থানিক লক্ষণ প্রকাশ পাঠিতে পারে। অন্ত্রের স্থানিক উগ্রতাবশতঃ অশ্রুশূল, প্রদাহ, ক্ষত, অস্ত্রভেদ প্রভৃতি ঘটিতে পারে। মল বিশিষ্টভাবে আবদ্ধ হইয়া থাকিলে তাহাকে অজ্ঞাবদ্ধ রোগ বলা হয়। বস্তিগহ্বরমধ্যস্থ রক্তপ্রণালী ও স্নায়ু সমূহ সংগৃহীত মলের নিপীড়ন বশতঃ রক্তোহধিক, জরায়ুর ক্যাটার, পুনঃপুনঃ ধাতুপতন, অর্শ, স্নায়ুশূল ও অবশতা প্রভৃতি বিবিধ পীড়ার উৎপত্তি হইতে পারে। কোষ্ঠ-

বদ্ধতা ও কোষ্ঠকাঠিন্য বশতঃ পরিপাক বস্তুর বিবিধ প্রকার বিকৃতি জন্মে; জিহ্বা মলাবৃত্ত, নিখাসে দুর্গন্ধ, ক্ষুধা মান্দ্য, অম্লরোগ, পৈত্তিক বিকার, পাণ্ডুরোগ ইত্যাদি পীড়া উপস্থিত হয়। ইহাতে প্রস্রাবে প্রচুর পরিমাণে লিথেন্টস বর্তমান থাকে।

কায়িক ও মানসিক অবসাদ, বিষমতা, উগ্রস্বভাব, শিরঃপীড়া, মস্তকে ও বদনমণ্ডলে উষ্ণতা ও রক্তাবেগ বোধ, রক্তারব্রতা, শীর্ণতা ইত্যাদি প্রকাশ পাইয়া থাকে।

পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতায় অন্ত্রের একপ্রকার শূলবৎ যন্ত্রণা হইতে দেখা যায়। ইহা অত্যন্ত কষ্টকর লক্ষণ। অন্ত্র মধ্যে আবদ্ধ মল গুটলীর মত হইয়া শব্দ হওয়ায়, উহা নির্গত হইতে পারে না; ফলে, পুনঃপুনঃ বায়ু নিঃসরণ হয় এবং একপ্রকার অসহ্য যন্ত্রণা হইতে থাকে। ডুশ্ বা এনিমা দ্বারা মল নিঃসরণ করিয়া দিলেই যন্ত্রণার নিবৃত্তি হয় এবং রোগী সুস্থ বোধ করে।

চিকিৎসা—বাগদেহ প্রত্যহ ১ বার কি ২ বার করিয়া মলত্যাগ হয়, অথবা বাগদেহের ১ দিন অন্তর নিয়মিত ভাবে মলত্যাগ হয়, অথচ কোনওরূপে অসুস্থ বোধ করে না তাহাদের চিকিৎসার প্রয়োজন নাই। এইরূপ ব্যক্তিকে কোষ্ঠবদ্ধতা রোগীর শ্রেণীভুক্ত করা অমুক্ত। তরিতরকারী, বিবিধ ফলাদি, খেতসার এবং চর্কিয়ুক্ত খাদ্যদ্রব্য আহারে কোষ্ঠবদ্ধতা হইবার সম্ভাবনা। সামান্য প্রকার পরিপাক শক্তির বিকৃতিতে উগ্র বিরেচক ঔষধ ব্যবহার করা উচিত নহে; প্রথমতঃ, প্রকৃতির সাহায্য লওয়াই শ্রেষ্ঠ চিকিৎসা।

নিয়মিতভাবে মলত্যাগ করিতে যাওয়ার অভ্যাস করিলে, অনেক ক্ষেত্রে কোষ্ঠবদ্ধতা রোগ আপনা হইতেই আরোগ্য হইয়া যায়। নিয়মিত ব্যায়াম, প্রচুর পরিমাণে শীতল জল পান, নিয়মিত সময়ে আহার ও নিদ্রা দ্বারাও কোষ্ঠবদ্ধতা রোগ আরোগ্য হইবার আশা করা যায়। সামান্য কোষ্ঠবদ্ধতায় প্রথমেই ঔষধের ব্যবস্থা না করিয়া প্রকৃতিগত নিয়ম-প্রণালীর সাহায্য লইতে বলিবে। মলত্যাগের বেগ হইবামাত্র ৫।৭ মিনিট মধ্যেই মলত্যাগ

করিতে বাইবার উপদেশ দিবে। মলত্যাগ করিতে বাইবার পূর্বে পূর্ণ এক গেলাস শীতলজল পান করিলে, সুন্দর ও সহজ মলত্যাগ হয়। স্বাস্থ্যকর ও রুচিকর আহাৰ্য্য ভোজনে, কোষ্ঠবদ্ধতার উপশম হয়। স্নর্গণ থাকে যেন, কোষ্ঠবদ্ধতারোগে পথ্যই প্রধান চিকিৎসা। খাদ্যদ্রব্য এইরূপ হওয়া উচিত, বাহ্য আহাৰ্য্যে অগ্নের কৃমিগতি বৃদ্ধি পায়; পৈত্তিক এবং আত্মিক রস নিঃসরণ উত্তেজিত করে। আহাৰ্য্যের সময়ে রোগীকে অন্ততঃ ১০ আউন্স শীতলজল পান করিবার উপদেশ দিবে।

পথ্যাপথ্যানি :—নিম্নলিখিত খাদ্যদ্রব্যাদি কোষ্ঠবদ্ধতারোগে ব্যবহৃত। যথা :—

ভুবির রুটী, লাল আটার রুটী, প্রাণ নামক ফল, রাঙ্গা ও টু বেরি (চ্যাপরি জাতীয় ফল) নামক জাম, খেজুর, জুহর, কালজাম, বাদাম, নারিকেল ইত্যাদি। বাধাকপি, বিবিধ শাক, হিঙ্গে, কলমী, পানং শিড়িং, নটে, চাপা নটে, গিমে ইত্যাদি। মোটা লাল চাউলের অন্ন, ওটমিল, চিড়ার পায়স, ডিম্ব টাটকা রুত্ত, কুকুট, অজ ও ভেড়ার মাংস, নাশপাতি, আপেল, আনারস, কলা, আঙ্গুর, কমলা, তরমুজ, জেলী, চাকসহ মধু, লেমনেড্ লেবুর রস মিশ্রিত মিশ্রীর পান, পিচ্-ফল, সীম, শশা, শাদা পেয়ারা, শাদা রাঙা আলু (শকরকন্দ), মাখন, জলপাইয়ের তৈল, সর, ননী ইত্যাদি খাদ্য সুপথ্য। মাখন তোলাদ্রব্য, দধি, উষ্ণ দুগ্ধ দুগ্ধ ভাল পথ্য। দধি একটী উৎকৃষ্ট পথ্য। খেজুর, কিশমিশ বা মনাকা দুগ্ধে সিদ্ধ করিয়া দুগ্ধসহ ঐ ফল একত্রে পান করিলে কোষ্ঠবদ্ধতারোগে হয়। নিয়মিত ভাবে কিছুদিন ইহা পান করা উচিত। সুন্দর, সুগ, ছোলা প্রভৃতির ডাল ভাল।

নিম্নলিখিত খাদ্যদ্রব্যাদি এই রোগে খাওয়া নিষিদ্ধ। যথা :—

চা, কফি, কোকো, পুরাতন পনির, লবণে রক্ষিত মাংস, লবণে রক্ষিত মৎস্য (বাহ্য বিদেশ হইতে আসে অথবা আমাদের দেশীয় লোনা—ইলিশ ইত্যাদি), অতিরিক্ত মসুরা, মিঠার, মস্তপান ইত্যাদি বিবৎ পরিভোজ্য।

মর্দন চিকিৎসা :—ইংরাজীতে ইহাকে “মেকানোথেরাপী” বা “ম্যাসাজ্ টুটমেন্ট্” বলা হয়। কোষ্ঠবদ্ধতারোগে বিশেষতঃ, অগ্নস্বভাবাপন্ন ব্যক্তির কোষ্ঠ বদ্ধতা, দুর্বল, শীর্ণ ও বাহারা সর্বদা বসিয়া থাকে এইরূপ ব্যক্তিদের পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতা ও কোষ্ঠকাঠিন্য পীড়ায়, মার্কিন চিকিৎসকগণ মর্দন চিকিৎসার বিশেষ প্রশংসা করেন। আমরাও অনেকস্থলে এইরূপ চিকিৎসার ফল লক্ষ্য করিয়াছি। ‘এটোনিক্’ প্রকৃতির কোষ্ঠবদ্ধতায় এই মর্দন চিকিৎসা অতি সুন্দর ফলপ্রসূ। বিশেষ অভিজ্ঞ ব্যক্তির দ্বারা মর্দন দেওয়া কর্তব্য; নচেৎ সুফল লাভ হইয়া কুফল হইবারই অধিক সম্ভাবনা। প্রত্যহ একবার করিয়া ৫—৫ মিনিট কাল ধরিয়া, কয়েক সপ্তাহ পর্যন্ত মর্দন চিকিৎসা করিবে। এই চিকিৎসা সহসা বদ্ধ করিবে না; বদ্ধ করিবার সময়ে ক্রমশঃ ১, ২, ৩, ৪ বা ৫ দিন অন্তর চিকিৎসা দিতে দিতে বদ্ধ করিবে।

জীম্নাষ্টিক ব্যায়াম :—এইরূপ ব্যায়াম দ্বারা ঔদরিক পেশীসমূহের বলধান হইয়া কোষ্ঠবদ্ধতারোগে বিশেষ উপকার দর্শায়। এইরূপ ব্যায়ামের মধ্যে অথারোইংগন, টেনিস, গল্ফ, যুষ্টিবুদ্ধ, যুয়ংসু, নোকার দাঁড়টানা, বৈঠক প্রভৃতিই উপকারী। কেবলমাত্র হাঁটা, কোষ্ঠবদ্ধতায় বিশেষ উপকারী নহে।

ইলেকট্রিক চিকিৎসা :—ঔদরিক পেশী সমূহের উপর “ক্যারাডিক-বিদ্যুৎ-প্রবাহ” প্রয়োগ করিলে কোষ্ঠবদ্ধতায় উপকার হইয়া থাকে।

জল-চিকিৎসা :—জল-চিকিৎসা হাইড্রো-থেরাপী দ্বারা কোষ্ঠবদ্ধতায় অনেক সময়ে সুন্দর উপকার হইতে দেখা যায়। এতদ্ব্যতীত প্রচুর পরিমাণে রোগীকে শীতল জলপান করিতে উপদেশ দিবে। প্রত্যায়ে শয্যাভ্যাগ করিয়াই অথবা শয্যায় শুইয়াই আধ সেদ পরিমাণ শীতল জলপান করিলে, আশাতীত উপকার হইতে দেখা যায়। রাত্রে শয়নকালে শিরে ১ গেলাস জল রাখিয়া দিতে হয়—ইহাই প্রত্যায়ে পান করিতে বলিবে। শয়নকালে রাত্রে ১ গেলাস জল পান করিয়া নিত্রা হইবে। মধ্যে মধ্যে

উষ্ণজলের ডুশ দ্বারা অন্ত্রদ্বীত করিলেও কোষ্ঠবদ্ধতায় উপকার হইবা থাকে। উদর গহবরের উপরে শীতল জলের পটী প্রত্যহ ২।১ ঘণ্টা দিয়া রাখিলে কোষ্ঠবদ্ধতার উপকার হয়। শীতল বা উষ্ণ জলে প্রত্যহ কিছুক্ষণ করিয়া কটী স্নান গ্রহণ করিলে, সমূহ উপকার হইতে দেখা যায়। উদর ও নিম্নোদর প্রদেশে কর্দমের প্রলেপ দিলেও অনেকস্থলে আশামূলরূপ উপকার পাওয়া যায়।

তৃশ্বাশ্বী চিকিৎসাঃ—রোগের উৎপাদক কারণের উপর ইহার চিকিৎসা নির্ভর করে। কোষ্ঠকাঠিন্য রোগে মলত্যাগের বেগ না থাকিলে বা চেষ্টা নিষ্ফল হইলেও প্রত্যহ নিয়মিত সময়ে—অন্ততঃ ১৫।২০ মিনিট কাল পুরীষোৎকর্ষ স্থানে (পাইখানা) মলত্যাগের চেষ্টা করিবে; এইরূপে ক্রমশঃ কোষ্ঠ পরিষ্কার হইতে আরম্ভ হইবে।

কোষ্ঠবদ্ধতা—বিশেষতঃ, পুরাতন পীড়ার চিকিৎসায় উগ্রতা উৎপাদক অথবা অল্পসমূহের শুকতা আনয়ন ক'রে এরূপ কোনও দ্রব অল্প পরিষ্কার করণার্থ সরলান্ত্র পথে ইঞ্জেকসন জন্ত কদাচিৎ ব্যবহার করিও না। সাবান-জল, গ্লিসিরিন, ভিনিগার ম্যাগ্নালফের দ্রব অথবা এইরূপ অল্প কোনও উগ্রতা উৎপাদক দ্রব অল্পমধ্যে ইঞ্জেকসন জন্ত ব্যবহার নিষিদ্ধ। এই সকল দ্রব তরুণ পীড়ায় ডুশ রূপে ব্যবহার করিতে পারা যায়। দীর্ঘদিন ডুশ দিতে হইলে, অথবা নিয়মিতরূপে অন্ত্রদ্বীত চিকিৎসা করিলে, কেবলমাত্র সাধারণ পরিষ্কার শীতল জল অথবা তৎসহ কিছু সাধারণ লবণ বা সোডা বাইকার্স মিশ্রিত করিয়া লইবে। সরলান্ত্র পথে যতপ্রকার তরল পদার্থ ইঞ্জেকসন দেওয়া হয়, তন্মধ্যে বিগুন্ধ “অলিভ অয়েল” (জলপাইয়ের তৈল) ১ বা ১৫ পাইন্ট পরিমাণ প্রত্যহ প্রাতঃকালে “এনীমা সিরিঞ্জ” সাহায্যে অতি ধীরে ধীরে সরলান্ত্র পথে প্রয়োগ করিবে এবং রোগীকে কিছুক্ষণ শুইয়া থাকিতে বলিবে, যাঁহাতে ‘অলিভ অয়েল’ তৎক্ষণাৎ নির্গত হইয়া না যায়। অথবা এইরূপভাবে প্রত্যহ রাত্রি শয়নকালেও ৪—৮ আউন্স পরিমাণ ‘অলিভ অয়েল’ সরলান্ত্র পথে প্রয়োগ করিবে—যাহা সমস্ত রাত্রির মধ্যে

নির্গত হইয়া না যায়। রাত্রের প্রযুক্ত অলিভ অয়েল প্রত্যুষে মলত্যাগকালে নির্গত হইয়া যায় এবং তৎসহ অল্প তৈলাক্ত হওয়ায় আবদ্ধ ও কঠিন মল সহজেই ত্যাগ হয়। এইরূপে অন্ত্রের শক্তি বৃদ্ধি পায় এবং পীড়া আরোগ্য হয়। রাত্রি অলিভ অয়েল ইঞ্জেকসন প্রত্যহ বা একদিন অন্তর দিতে পারা যায় এবং পীড়া সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য না হওয়া পর্যন্ত এই চিকিৎসা চালাইতে হইবে। প্যাষ্টিক প্রকৃতির কোষ্ঠবদ্ধতায় ইহা একটা উৎকৃষ্ট চিকিৎসা। কোষ্ঠবদ্ধতা সহ অন্ত্রের শৈল্পিকবিদ্যার প্রদাহ বর্তমান থাকিলে সরলান্ত্র পথে যে ‘অলিভ অয়েল’ ইঞ্জেকসন বা অন্তঃক্ষেপ করা হয়, তাহার সহিত কিছু পরিমাণ ইক্‌থিওল প্রতি ৬ আউন্স অলিভ অয়েলের সহিত মিশাইয়া লইবে। এতদ্বারা বিগুন্ধ ইক্‌থিওল ব্যবহার্য।

তিসি বা মর্শিনা সিদ্ধ করতঃ, ঐ জলের ডুশ বা এনীমা কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়ার একটা ভাল চিকিৎসা বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে। ২ আউন্স পরিমাণ পরিষ্কার তিসি, দুই কোয়ার্ট পরিমাণ শীতল জলে মিশ্রিত করতঃ দশ মিনিট কাল অগ্নির উত্তাপে স্ফুটীত করিয়া ছাঁকিয়া লইবে। এই জল শীতল হইয়া দেহের উত্তাপের মত ঈষৎ ঠাণ্ডা থাকিতে থাকিতে, তৎসহ “এলকট্রাক্ট হাইড্রোস্ট্রিস লিকুইড” ৩০ বিন্দু মিশ্রিত করিয়া লইবে এবং এই মিশ্রিত দ্রব উষ্ণ থাকিতে থাকিতেই, ১ কোয়ার্ট পরিমাণ সরলান্ত্র পথে ইঞ্জেকসন দিবে ও রোগীকে আবশ্যক অনুযায়ী এই প্রযুক্ত দ্রব অল্পমধ্যে ধারণ করিতে বলিবে। মার্কিন চিকিৎসকগণ এই ঔষধের বিশেষ প্রশংসা করেন।

প্রসিদ্ধ মার্কিন চিকিৎসক ডাক্তার বর্গান্ ৪ গ্রাইণ (৬১ গ্রেণ) আর্জাইরল ১৫০০ সি, সি, পরিমাণ ঈষৎ ঠাণ্ডা দ্রব করতঃ সরলান্ত্র পথে ইঞ্জেকসন দিয়া অন্ত্রদ্বীত করিবার উপদেশ দেন। ইনি বিবিধ প্রকার কোষ্ঠবদ্ধতা রোগে এই চিকিৎসার সমূহ প্রশংসা করেন।

পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতায় বিরোচক ঔষধ দ্বারা অধিকাংশ স্থলেই আশামূলরূপ উপকার পাওয়া যায় না। কোনও কোনও রোগীতে কখন কখন মুহুবিমুহক ঔষধ দিবার

আবশ্যক হইয়া থাকে। কদাচিৎ উপসর্গবিহীন কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়ার উগ্র বিরেচক ঔষধের আবশ্যক হইয়া থাকে।

সাক্ষেপ কোষ্ঠবদ্ধতার, আক্ষেপ নিবারক ঔষধাদি ব্যবহৃত হয়। যথা—বেলেডোনা, ড্যালেরিয়ান, লিউপ্যালিন, বাবালু ইত্যাদি এতদর্থে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। এটোনিক প্রকৃতির কোষ্ঠ-বদ্ধতার অন্নমাত্রায় “ফেনোলফথেলিন” প্রয়োগ করিলে সুন্দর উপকার বাওয়া যায়। কখন কখন

ক্যাস্কারা, রিয়ারাই. এলোস্ ইত্যাদি দ্বারাও সুন্দর ফল হইয়া থাকে।

নিম্নলিখিত বিরেচক ঔষধগুলি কোষ্ঠবদ্ধতার উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে। যথা :—
এলোস্, ক্যাস্কারা, ক্রাব'র, পালড্, গ্রাইসিরিজা কোঃ, পডোফাইলিন্, ম্যাগ'নেশিয়াম্ সালফ্, সেনা, তালাইন মিনারেন্ ওয়াটার'।

(ক্রমশঃ)

ইরিসিপিলাস—ERYSIPELAS.

লেখক—ডাক্তার গ্রীনরেন্স কুমার দাস, M. D. (chem Bios.) M. B. & M. C. P. & S. (C. P. S.) M. R. I. P. H. (Eng.)

(পূর্বে প্রকাশিত ৩য় সংখ্যার (আবাদ—১৩৩৭) ১৩০ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—:~::~:—

(৪) নাভীর ইরিসিপিলাস (Erysipelas

& the Navel) :—ইহা সাধারণতঃ নবজাত শিশুর নাভী মধ্যেই প্রকাশ পাইয়া থাকে। শিশুর নাভী রজ্জ্ব কর্তনের পর উপযুক্ত জীবাণু-নাশক ঔষধের ব্যবহার না করিলে এবং বন্ধ না লইলে এই প্রকার ‘বিসর্প’ হইয়া, শিশুর জীবন সংশয় করিয়া তুলে ও প্রায়শ্চলেই শিশু মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

(৫) প্রবল জ্বরসহ ইরিসিপিলাস :—

ইহা সাধারণতঃ বৃদ্ধ ও দুর্বল ব্যক্তিতে প্রকাশ পায় অথবা বাহ্যিক পুস্কাতন পীড়া, যথা—বহুমূত্র, নেফ্রাইটিস্ ইত্যাদিতে ফুগিতেছে, তাহাদের মধ্যেই এই প্রকৃতির পীড়ার একোপ অধিক এবং প্রায়ই ভাবীকল নিতান্ত অশুভ হয়।

চিকিৎসা

প্রতিরোধক চিকিৎসা :—ইরিসিপিলাস একটা স্পর্শক্রমক পীড়া এবং ইহা স্পর্শাদি দ্বারা স্থান হইতে স্থানান্তরে ব্যাপ্ত হইতে পারে। ইহা তৃতীয় ব্যক্তির (ডাক্তার, শুশ্রূষাকারী) হস্ত দ্বারা অন্ত্র নীত হইতে পারে। এইজন্যই পীড়িত ব্যক্তিকে সম্পূর্ণরূপে পৃথক ভাবে রাখিবে এবং রোগীর গৃহ, তৈজস-পত্রাদি, ডাক্তার ও শুশ্রূষাকারীর হস্তাদি সর্বদাই উত্তমরূপে উগ্র জীবাণু নাশক লোসন দ্বারা ধোত করিবে। অতি সাবধানতার সহিত রোগী পরিচর্যা করিলে, এই পীড়ার সংক্রমণ ব্যাপ্ত হইবার সম্ভাবনা খুবই কম। যে গৃহে অন্ত্রোপচার করা হইয়াছে এরূপ রোগী, অথবা সমস্ত প্রসূত শিশু ও

প্রসূতি বেথানে আছে, তথায় বা তাহ'র নিকটবর্তী স্থানে ইরিসিপেলাস রোগীকে রাখিবে না বা উহাদের পরিচর্যা-কারীকে ইরিসিপেলাস রোগীর নিকটে পর্য্যন্ত আসিতে দিবে না।

রোগীর গৃহ, শয্যা ও বস্ত্রাদি উত্তমরূপে জীবাণুনাশক লোশন দ্বারা ধোত করিলে, এই পীড়ার জীবাণুসমূহ ধাচিয়া থাকিতে পারে না; কলে, ইহাদের দ্বারা পীড়া ব্যাপ্ত হইবার সম্ভাবনা থাকে না। কিন্তু রোগীর দেহস্থ পুরাতন ক্ষত ও শোষাদির পূর্জমধ্যে ক্ষত আরোগ্য না হওয়া পর্য্যন্ত এই জীবাণু দীর্ঘকাল অবস্থিতি করিয়া থাকে। ক্ষতাদি সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য না হওয়া পর্য্যন্ত রোগীকে একেবারেই পৃথকভাবে রাখিতে হইবে। পীড়ারোগ্য হইবার পরও কিছুদিন পৃথক ভাবে রাখিয়া রোগীর গাত্র, গৃহ, শয্যা, বস্ত্রাদি সমস্ত স্বচ্ছত বস্ত্র উত্তমরূপে জীবাণু নাশক লোশন দ্বারা সংশোধিত করতঃ, একত্রে বসবাস ও ব্যবহার করা যায়।

স্বাস্থ্যরক্ষণ ব্যবস্থা :—অত্যন্ত তরুণ অর পীড়ার জ্বর এই পীড়াতেও শয্যায় একেবারে বিশ্রাম, প্রচুর পরিমাণে নির্মল ও বিত্ত্ব বায়ু গ্রহণ, লঘু অথচ পুষ্টিকর পথা—তৎসহ প্রচুর পরিমাণে তরল পদার্থ (জল, সরবৎ, বোল), পান নিত্য আবশ্যক। কোষ্ঠবদ্ধ থাকিলে প্রত্যহ এনিমা অথবা অন্নমাত্রায় পুনঃপুনঃ মুহু বিরেচক ঔষধ দ্বারা কোষ্ঠপরিষ্কার করাইবে; ইহা অত্যন্ত দরকারী। গাত্রস্থক্ নিয়মিতভাবে স্পঞ্জ (মার্কিনা) করিয়া দিয়া চর্মের ছিদ্রপথ পরিষ্কার ও ক্রিয়াশীল রাখিবে।

এই পীড়ায় প্রায়শঃই অরীয় উত্তাপ প্রবল থাকে, কিন্তু টক্সিমীয়া (রোগ-বিষ শোষিত হইয়া যে লক্ষণ প্রকাশ পায়) স্পষ্ট প্রকাশ না পাইলে ও পীড়ার গতি হ্রাস হইয়া আসিলে, অরীয় উত্তাপের জন্ত বিশেষ কোনও চিকিৎসার আবশ্যক হয় না।

যদি টক্সিমীয়া অত্যন্ত স্পষ্ট হয় ও তৎসহ প্রবল জ্বর এবং প্রলাপ বর্তমান থাকে, তাহা হইলে অবিলম্বে ভাল

চিকিৎসার সাহায্য গ্রহণ করিলে এই সকল উপশম দ্বারা নিবারিত হয়। এতদর্থে শীতল-মোড়ক (Cold-pack); শীতল জলে তোয়ালে ভিজাইয়া, তদ্বারা পুনঃপুনঃ গাত্র মার্কিনা এবং প্রবল পীড়ায় নিয়মিতরূপে শীতল জলে স্নান করান উৎকৃষ্ট। যদি তথাপি প্রলাপ হ্রাস না পায় এবং রোগীর নিদ্রা না হয় তাহা হইলে মধ্যে মধ্যে আবশ্যকানু-যায়ী মর্ফিয়া ব্যবহার করিতে পারা যায়। যদি হৃৎপিণ্ডের দৌর্বল্য বর্তমান না থাকে, তাহা হইলে ১ মাত্রা ভেরোণাল (Veronal) এবং ফেনাসিটিন (Phenacetin) প্রত্যেকে ৫ গ্রেণ করিয়া, একত্রে প্রয়োগ করিলে রোগীর বেশ সুনিদ্রা হইয়া প্রলাপ হ্রাস পায়।

রোগী অত্যন্ত শ্রান্ত এবং দুর্বল হইয়া হৃৎক্রিয়া স্থগিত হইবার আশঙ্কায় উত্তেজক ঔষধের ব্যবস্থা করিবে। যাহারা নিয়মিতভাবে স্নানপান করে, তাহাদিগকে স্নানপান করিতে দিবে। ক্রাইসিস প্রেব না হওয়া পর্য্যন্ত উল্লিখিত আশঙ্কাজনক লক্ষণে স্ট্রিক্টিন, কেফিন এবং ডিজিটেলিস্ আবশ্যকীয়রূপে ব্যবহার করিতে পারা যায়।

স্থানিক চিকিৎসা :—এই পীড়ার স্থানিক চিকিৎসা বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে। অনেক বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক স্থানিক চিকিৎসাই একমাত্র চিকিৎসা বলিয়া নির্দেশ করিয়াছেন। এই স্থানিক চিকিৎসায় স্থানিক কষ্ট সকল ব্যতীত, স্থানিক জলন, চুলকানী ও চড় চড়ে বোধ ইত্যাদির কোনও উপশম হয় কিনা, সে বিষয়ে অনেকের মতভেদ দেখা যায়। সম্ভবতঃ বরফজল বা শীতল জলের কম্প্রেস্ (পুলটীস্) অথবা সীস্‌বটীত লোশন—যথা, লোশিয়াই প্রাচাই সাব-এসিটেটস্ (গোলাড লোশন) এর প্রয়োগ দ্বারা উল্লিখিত লক্ষণাবলীর উপশম হয়। ডাক্তার “টাকার” ম্যাগনেশিয়াম সালফেটের চূড়ান্ত-দ্রব কম্প্রেস্‌রূপে ব্যবহার করিয়া আশাতীত উপকারের কথা লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। আবার অনেক রোগীকে কার্বলিক এসিড মিশ্রিত খেত ডেসিলিন, জীক, অয়েন্টমেন্ট, অথবা বিসমথ

ম্যালিসিয়েট কিবা ক্যালামিনা সংযুক্ত মলম ব্যবহার দ্বারা দুর্বল পাইতে দেখা গিয়াছে। এই সকল মলমে ব্যবহার্য মোট জেসিমিন কুটীত করতঃ, উত্তমরূপে সংশোধিত করিয়া হইবে। এই সকল মলম এক খণ্ড সুপরিষ্কৃত সিলেক্টেড উপর লাগাইয়া আক্রান্তস্থানের উপর প্রয়োগ করিতে হয়।

যদিহি হইতেই ইরিসিপিলাসের স্থানিক চিকিৎসায় ইকুথিল ২০—৫০% পাসেণ্ট দ্রবাকারে বা মলমরূপে উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে। অনেকে ইহার যথেষ্ট প্রশংসা করেন; আবার অনেকে ইহার ক্রিয়া সম্বন্ধে সন্দিহান। অনেকে আবার ক্ষতোপরি প্রয়োগার্থ ‘আয়োডিন্’, ‘কার্বলিক এসিড্’, বা ‘করোসিভ্’ সাল্লিমেট্’ এর উগ্র দ্রব ব্যবহার জন্ত উপদেশ দেন।

পীড়ার বিস্তৃতি প্রতিরোধার্থ আক্রান্ত প্রদাহিত স্থানের ১/২—১ ইঞ্চি পরিমাণ স্থান বাদ দিয়া চতুর্দিকে লিনিমেন্ট আয়োডিনের পুঙ্ক করিয়া একটা গুণ্ডী দিয়া দিতে, অনেকে উপদেশ দেন এবং এই গুণ্ডীর উপর প্রতি ১২ ঘণ্টান্তর পুঙ্ক করিয়া লিনিঃ আয়োডিনের খোঁচ দিতে হয়। এইরূপভাবে কষ্টকের সলিউশনও ব্যবহার করা চলে। আমি নিজে ক্রিমেক্সোটের জলীয়দ্রব দ্বারা কম্প্রেস করিয়া, স্থানিক সংক্রমণের বিশেষ উপকার হইতে দেখিয়াছি।

বিশেষঃ চিকিৎসা ৪—ডাক্তার হামিল্টন রেলগত ১৮৫১ খৃষ্টাব্দে এই পীড়ার চিকিৎসায় টিংচার ফেরি পারক্লোর উচ্চ মাত্রায় (১—২ ড্রাম পরিমাণ) প্রত্যহ ব্যবহারের উপদেশ দেন এবং ইহা বিগত ৬০ বৎসর ধরিয়া ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে। অধুনা অনেক বিচক্ষণ চিকিৎসক ইহার ক্রিয়া সম্বন্ধে সন্দিহান।

কোনও কোনও চিকিৎসক এই পীড়ার চিকিৎসায় ২০—৫০ গ্রেণ পর্যন্ত দৈনিক ‘কুইনিন্’ ব্যবহার করিয়া থাকেন। কিন্তু ইহার ফলাফল সম্বন্ধে তাঁহারাও বিশেষ কোনও গন্তব্যজনক কৈফিয়ৎ দিতে পারেন না।

অধুনা এই পীড়ার চিকিৎসায় ট্রেপটোককাস্ ভ্যাকসিন প্রচুর পরিমাণে ইঞ্জেকসন করা বাইতেছে এবং ইহাতে বেশ সুন্দর উপকারও পাওয়া বাইতেছে।

সাধারণতঃ ১০০—৫০০ মিলিয়ন মাত্রায় ইহা ইঞ্জেকসন করা হয়। পীড়ার অবস্থানুযায়ী প্রত্যাহ বা প্রতি ২য় দিবসে ইহা ইঞ্জেকসন দিতে হয়। কঠিন প্রকৃতির পীড়ায় এবং পীড়ার পুনরাক্রমণ প্রতিহত করিবার উদ্দেশ্যে এই ইঞ্জেকসন অতিসুন্দর ফলদান করে।

অনেক বিজ্ঞ চিকিৎসক এই পীড়ায় “এন্টিট্রেপটোককাস্ সীরাম্” ইঞ্জেকসন দিতে উপদেশ দেন। ইহা অধিক মাত্রায় পুনঃ পুনঃ ব্যবহার্য। পলিভ্যালেট সীরাম্ ইঞ্জেকসন দিবে।

ভাবীফল ৪—সাধারণ প্রকৃতির পীড়ার প্রবল জ্বর, প্রদাহ, প্রদাহ ইত্যাদি বর্তমান থাকে সবেও ইহার ভাবীফল নিতান্ত অশুভ নহে।

সাধারণতঃ ইহাতে ৫—১০% পাসেণ্ট রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

নবজাত শিশুদের ইরিসিপিলাস অত্যন্ত মারাত্মক। পুনরাক্রমণে পীড়া প্রায়ই সাংঘাতিক হয় না। পেরেক বিদ্ধ হইয়া, কাঁচ, বাঁশের চোরাড়ী দ্বারা কাটিয়া গিয়া, ছিঁড়িয়া গিয়া ইরিসিপিলাস হইলে পীড়ার অবস্থা প্রায়ই দুর্দম্য ও প্রবল হয়।

মোটের উপর ইহার ভাবীফল খুব অশুভ নহে।

তদ্বশীল চিকিৎসা ৪—এই রোগে টিং ফেরি পারক্লোর আভ্যন্তরিক ও স্থানিক প্রয়োগের জন্ত যথেষ্ট ব্যবহৃত হয়। ইহাতে স্থানিক প্রয়োগজন্ত ইকুথিলও মিসিরিণ বেশ ভাল।

প্রবল জ্বর বর্তমানে টিং একোনাইট্, কুইনিন্, টিং ফেরি পারক্লোর, পটাস্ ক্লোরাইট্ ইত্যাদি একত্রে মিশ্রিত করতঃ, দিবসে ৩৪ বার সেবন করিতে দিবে। রোগী দুর্বল ও অবসন্ন হইয়া পড়িলে, ব্রাণ্ডী, পোর্ট ইত্যাদি উত্তেজক ঔষধের ব্যবস্থা করিবে।

ডাক্তার পাকল্, মুহুপ্রকৃতির পীড়ায় কুইনাইন বাইসাল্ফেট ৪ গ্রেণ মাত্রায় দিবসে ৪ বার করিয়া ব্যবহৃত করেন; ইহাতে পীড়া আরোগ্য হইতে দেখা যায়। কিঞ্চিৎ প্রবল প্রকৃতির রোগে, ইনি এতৎসহ বাহ্যিক ব্যবহারার্থ, ইকুথিওল ৫ ভাগ, এলকোহল (৭০%) ৯৫ ভাগ একত্রে মিশ্রিত করতঃ সলিউশন প্রস্তুত করিয়া, তন্মধ্যে তুলা বা লিণ্ট ভিজাইয়া তদ্বারা ক্ষতোপরি কম্প্রেস্ দেওয়ার ব্যবহৃত করেন। আবহকালুবায়া এই কম্প্রেস্ ১/২—১ ঘণ্টাস্তর পরিবর্তন করিতে হয়। সেপ্টিক লক্ষণে ইনি এন্টিট্র্যেপটোককাস সীরায ৫০ মিলিয়ন্ ২ দিন অন্তর ২ বার ইঞ্জেকশন (অধঃস্থচিক্) দিয়া থাকেন।

পাড়ার প্রথম ২৪ ঘণ্টায় টিং একোনাইট্ ১৪ মিনিম মাত্রায়, প্রতি ঘণ্টাস্তর ব্যবহার করিতে অনেকই উপদেশ দেন এবং এতৎসহ ক্যালোমেল ১/৮ গ্রেণ মাত্রায়, ২ ঘণ্টাস্তর ৮ বার সেবন করাইয়া একমাত্রায় ডবল ডোজ্ সৌড্ লীজ্ পাউডার অথবা ম্যাগ্ সাল্ফ্ সোডাসাল্ফ্ মিশ্র (লাবণিক বিরেচক) ২।১ মাত্রা পান করাইয়া কোষ্ঠ পরিষ্কার করিয়া লইবে।

উত্তেজক ঔষধের আবশ্যক হইলে, ত্রাণ্ডি পান করাইবে অথবা আবশ্যক মত ষ্ট্রিকনিন্, নাইট্রোগ্লিসেরিন প্রভৃতি সেবন বা ইঞ্জেকশন দিতে পার। শিরঃপীড়া নিবারণার্থ নাথায় আইস ব্যাগ্ অথবা শীতল জলের পটী বিশেষ ফলপ্রদ এবং তৎসহ নিম্নলিখিত ঔষধটীও ব্যবহারে স্নান উপকার পাওয়া যায়। যথা :—

Re.

ক্যাফিন্ ... ১.২ গ্রেণ।
ক্যাফার মনোব্রোমাইড্ ... ১.২ গ্রেণ।
এসিটেনিলাইডাম্ ... ২ গ্রেণ।

একটী ক্যাপ্ সুল্ পূর্ণ কর। এইরূপ ৩টী ক্যাপ্ সুল্ করিয়া ২ ঘণ্টাস্তর সেব্য।

ক্ষতোপরি ও প্রদাহের উপর বাহ্যিক ব্যবহার অস্ত্র

ডাক্তার ক্যাম্পবেল্ নিম্নলিখিত দ্রবটীর দ্বারা কম্প্রেস্ বা পটী দিতে উপদেশ দেন। যথা :—

Re.

টিং ওশিয়াই ... ১ আউন্স।
লাইঃ প্লাম্বাই সাব এসিটেটস্ ২ আউন্স।
পরিষ্কৃত জল ... ১ গ্লাইস্ট।

মিশ্রিত করতঃ বাহ্যিক ব্যবহার্য।

রোগান্ত-দৌর্বল্য নিবারণার্থ নিম্নের ব্যবস্থাপত্রখানি বেশ উপকারী। যথা :—

Re.

ষ্ট্রিকনিন্ সাল্ফ্ ... ১.৫০ গ্রেণ।
এসিড্ বাসেনোঁসি ... ১/৫০ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট জেন্সিয়ান্ ... ১.২ গ্রেণ।
কুইনিন্ সাল্ফ্ ... ২ গ্রেণ।

একত্রে ১টী ক্যাপ্ সুল্। আহাঃসন্তে ১টী করিয়া ক্যাপ্ সুল্ দিবসে ২বার সেব্য।

এইরূপ আর একখানি ব্যবস্থাপত্র :—

Re

ষ্ট্রিকনিন্ সাল্ফ্ ... ১/৪ গ্রেণ।

লাইঃ ফেরি এট্ এনন্ এসিটেটস্ ৬ আউন্স।

মিশ্র। ৪ ড্রাম্ মাত্রায় জলসহ আহাঃসন্তে দিবসে ২ বার সেব্য।

স্থানিক ব্যবহার অস্ত্র :—

Re.

টিং ওশিয়াই ... ১/২ আউন্স।
এক্সট্রাক্ট একোনাইট্ লিকুইড্ ২ ড্রাম।
এক্সট্রাক্ট বেলেডোনা ... ২ ড্রাম।
এক্সট্রাক্ট ভেরাটী লিকুইড্ ৩ ড্রাম।
ইকুথিওল্ ... এড্ ৪ আউন্স।

মিশ্রিত করতঃ বাহ্যিক ব্যবহারার্থ আক্রান্তস্থানে ৩ ঘণ্টাস্তর প্রযোজ্য।

ইন্ডিসিপিলাস ও আঘাতজনিত প্রদাহে ফলপ্রদ।

Re.

কেনোল (কার্বলিক এসিড) ... ১৫ গ্রেণ।

টীং আয়োডিন ... ১৫ মিনিম।

মিউসিলেজ্ একেশিয়া ... ১ ড্রাম।

এলকোহল ম্যাগ্নেসিউট ... ৫ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া আক্রান্ত স্থানের উপর তুলি দ্বারা লাগাইয়া দিবে। লোহিতবর্ণ প্রদাহ ও ক্ষীতি সম্পূর্ণরূপে তিরোহিত না হওয়া পর্যন্ত ২ ঘণ্টান্তর ইহা ব্যবহার্য। ব্যবহারের অব্যবহিত পূর্বে বোতল ঝাঁকাইয়া লইবে।

Re.

ইকুথিওল ... ১ ড্রাম।

জিঙ্ক অক্সাইডের মলম ... ১ আউন্স।

মিশ্রিত করতঃ মলম কর। আক্রান্তস্থানে লাগাইয়া পরিত্রুত ১ টুকরা ‘গজ্’ দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিবে।

Re.

টীং ফেরি পারক্লোর ... ১ আউন্স।

তুলি দ্বারা আক্রান্তস্থানে ও তাহার চতুর্দিকে লাগাইয়া দিবে। দিনে ২৩ বার লাগাইবে।

Re.

টীং আয়োডিন ... ৬ ড্রাম।

ওলিরাই ক্যান্ডার ... ৩ ড্রাম।

ইকুথিওল ... ৩ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ আক্রান্তস্থানে ২৩ বার স্থানিকরূপে ব্যবহার্য। ব্যবহারের অব্যবহিত পূর্বে শিশি ঝাঁকাইয়া লইবে।

ডাক্তার ওয়াশ্ ইরিসিপিলাসের চিকিৎসায় সবল রোগীতে “পাইলোক্যাপিন” এবং দুর্বল রোগীতে লোহ বীজ ঔষধ ব্যবস্থা করিবার উপদেশ দেন। এই বিচক্ষণ চিকিৎসক বিগত ২৫ বৎসর ধরিয়া উল্লিখিতরূপে চিকিৎসা করিয়া সত্যতঃ কল লাভ করিয়াছেন এবং তাঁহার এই চিকিৎসায় একটা রোগীও মৃত্যুমুখে পতিত হয় নাই। কোনও স্থানিক প্রয়োগের ইনি পক্ষপাতী নহেন এবং

ইনি উহা ব্যবস্থাও করেন না। সবল রোগীকে যতক্ষণ না স্বস্থোৎপত্তি হয় ততক্ষণ পর্যন্ত, অতি ঘণ্টায় পাইলোক্যাপিন প্রয়োগ করিবে। এই স্বস্থোৎপাদন হইবার পরই আক্রান্তস্থানের চতুর্দিক ক্রমশঃ আরোগ্যোন্মুখ হয় অর্থাৎ পীড়ার বিস্তৃতি স্থগিত হয়। অতঃপর ২১ দিন এই ঔষধ বন্ধ রাখিবে। ঔষধ বন্ধ রাখার পর যদি দেখা যায়, ইরাস্‌পুনসমূহ বা প্রদাহ পুনরায় বিস্তৃত হইতে আরম্ভ করিয়াছে, তাহা হইলে আবার এই ঔষধ ব্যবহার করিবে এবং পীড়ার বিস্তৃতি স্থগিত না হওয়া পর্যন্ত ঔষধ সেবন করাইতেই থাকিবে।

ক্রতদর্থে পাইলোক্যাপিন হাইড্রোক্লোর অথবা পাইলোক্যাপিন নাইট্রাস ব্যবহার্য। মাত্রা, ১/২০—১/৫ গ্রেণ। আমাঙ্ক মতে ১/২০ গ্রেণ মাত্রায় ব্যবহারই নিরাপদ। দুর্বল রোগীকে ইনি টীং ফেরি পারক্লোর ৫—১৫ মিনিম মাত্রায় ৪ ঘণ্টান্তর কিঞ্চিৎ জলসহ সেবন করিতে উপদেশ দেন। এতৎসহ লঘুপাচ্য ও বলকারক পথ্যের ব্যবস্থা করা হয় এবং ইহাতেই অনতিবিলম্বে আশ্চর্যজনক উন্নতি দেখা যায়। ডাক্তার নরউড বাহ্যিক ব্যবহার জন্য আক্রান্ত স্থানে, দিবসে একবার বা দুবার “নরউড্‌স ট্রিচার অব্ ভেরেট্রাম ভিরিডি” (Norwoods Tr. of Veratrum Viride) তুলি দ্বারা লাগাইয়া দেন। ইনি বলেন, অত্যন্ত চিকিৎসাপেক্ষা ইহাতে সর্লপেক্ষা দ্রুত ফল পাওয়া যায় এবং এই বিজ্ঞ চিকিৎসক আভ্যন্তরিক সেবন জন্য কোনও ঔষধই ব্যবস্থা করেন না; কারণ, তাহাতে ইহার কোনও আস্থা নাই।

ডাক্তার হেক্ ইরিসিপিলাসে বাহ্যিক ব্যবহারার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করেন। যথা :—

Re.

এসিড্ কার্বলিক লিকুইড ... ১ আউন্স।

পালভ্ ক্যান্ডার (কপূর চূর্ণ) ... ২ আউন্স।

এলকোহল ... ২১ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ বাহ্য প্রয়োগ।

Re.

ইক্‌থিওল	...	২½ ড্রাম।
গোয়েকোল	...	২½ ড্রাম।
এল্‌কোহল	...	৫ ড্রাম।

মিশ্রিত করতঃ বাহ্যিক প্রয়োগ।

ডাক্তার রোডিউ বদনমণ্ডলের ইরিসিপিলাসে
নিম্নলিখিত ঔষধটির প্রশংসা করেন। যথা :—

Re.

ইক্‌থিওল	...	২ ড্রাম।
জৈথার	...	১ ড্রাম।
কলোডিয়ান	...	১ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ, ক্যামেল্‌ হেয়ার ব্রাস্‌ দ্বারা
আক্রান্ত স্থানে দিবসে ৩৪ বার লাগাইয়া দিতে হয়।

ডাক্তার ক্যাম্পবেল বলেন, উক্ত সলিউশনটি ব্যবহারে
পীড়ার বিস্তৃতি স্থগিত হয় এবং বেদনার সমস্ত উপশম হয়।
ইনি এই চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে ছুর্‌ল রোগীকে টিং ফেরিক
ক্লোরাইড্‌ এবং পুয়জ রোগীকে ক্যালশিয়াম্‌ সাল্‌ফাইড্‌
খাইতে দেন।

নিম্নলিখিত লোশনটি সাধারণতঃ ইরিসিপিলাসে বাহ্যিক
ব্যবহার করিয়া ক্ষুদ্র উপকার পাওয়া যায়। যথা :—

Re.

প্লাম্বাই এসিটাস্‌	...	১ ড্রাম।
টিং অপিয়াই	...	১ আউন্স।
একোয়া	...	এড ১ পাইন্ট।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ লোশন।

বদনমণ্ডলের ইরিসিপিলাসের চিকিৎসায় ডাক্তার
ক্যাট্টইন্‌ এবং ফানে'ট বলেন যে, 'ইক্‌থিওল' সমপরিমাণ
'ট্রমাটাসিন্‌' (Traumaticin) এর সহিত মিশ্রিত করতঃ
আক্রান্তস্থানের উপর তুলি দ্বারা দিবসে ৩৪ বার লাগাইয়া
দিলে, ক্ষুদ্র ফল হইয়া থাকে। এইরূপ ভাবে ইহা
৪৮ ঘণ্টা ব্যবহার করিবে; বাহাতে সমস্ত স্থানিক লক্ষণ
সবুহ সম্বন্ধেই নিরাময় হইয়া থাকে।

এই পীড়ায় অধিকাংশ চিকিৎসকই 'ইক্‌থিওল'

ব্যবহারের অধিক পক্ষপাতী এবং এই ঔষধ শুধুই অথবা
জল, গ্লিসিরিন, ভেসিলিন্‌ ইত্যাদির সহিত মিশ্রিত করতঃ
ব্যবহার করা বাইতে পারে।

Re.

ইক্‌থিওল	...	½ ড্রাম।
জিক্স অক্সাইড্‌	...	২ ড্রাম।
এডিপিস্‌ লেনী	...	২ ড্রাম।
স্বেত ভেসিলিন্‌	...	এড্‌ ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ, মলম প্রস্তুত করিয়া আক্রান্ত
স্থানে প্রযোজ্য। প্রদাহ উপশম হইবার পরও লোহিতাভা
বর্তমান থাকিলে ইহাতে ক্ষুদ্র ফল পাওয়া যায়। এতদর্থে
নিম্নলিখিত ক্রীমটিও ভাল। যথা :—

Re.

এম্বলি	...	১ ড্রাম।
জিক্স অক্সাইড্‌	...	২ ড্রাম।
এডিপিস্‌ ল্যানী	...	২ আউন্স।
প্যারাক্সিন ম্যালিস	...	২ আউন্স।

লাইকার হাইড্রোজেন ডাইঅক্সাইড্‌ ১/২ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ, ক্রীম প্রস্তুত করিয়া বাহ্যিক
রূপে ব্যবহার্য।

ডাক্তার মনীয়ার ইরিসিপিলাসের স্থানিক চিকিৎসায়
নিম্নলিখিত মলমটির প্রচুর প্রশংসা করেন। যথা :—

Re.

মেম্বল	...	৩০ গ্রেণ।
কপূর চূর্ণ	...	৮ গ্রেণ।
মেথিল-অ্যালিসিলেট্‌	...	৪৫ মিনিম্‌।
গোয়েকোল	...	৬৫ মিনিম্‌।
পেট্রোলেটী	...	২ ড্রাম।
এডিপীস্‌ল্যানী	...	৩ ড্রাম।

একত্রে মলম প্রস্তুত করিয়া—বেদনায়ুক্ত স্থানে দিনে
২৩ বার লাগাইবে।

ডাক্তার ডেভিস্—বলেন যে, এই পীড়ার চিকিৎসায় কেবল সেবনার্থ ঔষধ দিলে চলিবে না। সেবনের সঙ্গে সঙ্গে বাহ্যিক ব্যবহারার্থ ঔষধও দিতে হইবে। ইনি বহু বিধ ঔষধ এতদর্থে ব্যবহার করিয়া অবশেষে নিম্নলিখিত ঔষধটি বাহ্যিক লাগাইয়া সর্বাধিক ফল পাইয়াছেন বলিয়া বৃত্ত প্রকাশ করিয়াছেন।

Re.

এসিড্ কার্বলিক	...	৩ ভাগ।
স্পিরিট্ ক্যাম্ফার	...	৬ ভাগ।
রেক্টীফাইড্ স্পিরিট্	...	১ ভাগ।

একত্রে মিশাইয়া তুলিবারা লাগাইবে।

ডাক্তার এস. পিনওয়ার্ জাড্ ইরিসিপিলাস্ রোগে কার্বলিক এসিডের ব্যবহার অব্যর্থ বলিয়া নির্দেশ করিয়াছেন। তাঁহার মতে কার্বলিক এসিড্ এই পীড়ার একটা শ্রেষ্ঠ ঔষধ। তিনি বলেন, এই পীড়ার ইহা অপেক্ষা ভাল ঔষধ আর নাই।

আক্রান্তস্থানের উপর কার্বলিক এসিডের উক্ত দ্রব তুলিবারা লাগাইয়া দিবে এবং ঐ স্থান সাদা না হওয়া পর্যন্ত পুনঃ পুনঃ এই সলিউশন দ্বারা পেইন্ট করিতে থাকিবে; অতঃপর ঐ স্থান এলকোহল্ দ্বারা মুছাইয়া দিবে। আক্রান্তস্থানের চতুর্পাশে একইক্রি পরিমাণ জ্বলন বাপিয়া এই ঔষধ লাগাইবে, তাহাতে পীড়ার জীবাণুসমূহ বিনষ্ট হইয়া যায়। অশুচি চুলকানী, জলন এবং দন্দপানি ইত্যাদি কষ্টকর লক্ষণসমূহ সঙ্গেসঙ্গেই হ্রাস প্রাপ্ত হয়; জরের উত্তাপ হ্রাস পাইতে থাকে এবং সাধারণ লক্ষণসমূহের উপশম হয়। ডাক্তার ক্যাম্পবেল এই চিকিৎসায় ৬৭টা রোগী কৃত কার্যতর সহিত আরোগ্য করিতে সক্ষম হইয়াছেন বলিয়া লিখিয়াছেন এবং ৫টা রোগীতে ইনি কোনও সফল পান নাই। ইহাতে কৃত আরোগ্য হইবার পর তথায় কোনও লক্ষণ থাকে না। এই চিকিৎসায় কৃত স্থানের উপরের বন্ধ, সাদাভি 'রোদ-পড়া' চামড়ার দ্বারা আপনাই হইতেই ঘিরা আসে এবং তত্ত্ব রঙের ক্রমশঃ উন্নতি হয়।

ডাক্তার লিওন-লেব্রি নিম্নলিখিত ঔষধটি এই পীড়ার স্থানিক ব্যবহার জন্ত যথেষ্ট প্রশংসা করেন। যথা :—

Re.

ঔধার	...	৪ আউন্স।
কপূর চর্ণ	...	৩ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ, আক্রান্তস্থানে পুনঃপুনঃ লাগাইয়া দিবে। গ্যাংগ্রীনাম্বুস্ত পীড়ায় বিশেষভাবে উপযোগী।

ডাক্তার টাকার লিখিয়াছেন যে মাংসালক্ষের জলীয় চূড়ান্ত দ্রবে পরিষ্কৃত তুলা উত্তমরূপে সিক্ত করতঃ, উহা নিংড়াইয়া লইয়া ঐ তুলা দ্বারা কৃত স্থানে কম্প্রেস্ করিলে আশাশীত ফল পাওয়া যায়। কৃতস্থান সিক্ত রাখার জন্ত এই তুলা উক্ত দ্রব দ্বারা সর্বদা ভিজাইয়া রাখিতে হইবে।

এই তুলা ২৪ ঘণ্টায় মাত্র একবার বদলাইয়া দিবে। ইহাতে জর সত্ত্বর হ্রাস হয় এবং স্থানিক সমস্ত লক্ষণ ক্রমশঃ আরোহিত হইয়া রোগী অবিলম্বে রোগমুক্ত হয়। ইহাই এই ঔষধের বিশেষত্ব এই ঔষধ স্থলভ ও সহজ প্রাপ্য।

এই পীড়ার প্রথমাবস্থায় কোষ্ঠ পরিষ্কার করিয়া দিতে পারিলে ভাল হয়। রোগী সবল ও রক্তাধিক্যপ্রাপ্ত হইলে, কোষ্ঠবদ্ধতার জন্ত নিম্নলিখিত বিরেচক ঔষধটি ভাল। যথা :—

Re.

মাংসালক্ষ	...	১ ড্রাম।
সোডাসাল্ফ	...	১ ড্রাম।
স্পিরিট্ ক্লোরোফর্ম	...	১০ মিনিম্।
সিরাপ্ জিঞ্জার	...	১ ড্রাম।
একোয়া এনিসি	...	এড্ ১ আউন্স।

মিশ্র—১ মাত্র। এইরূপ ৬ মাত্র। দান্ত পরিষ্কার না হওয়া পর্যন্ত ২ ঘণ্টান্তর সেব্য।

অনেক বহুদর্শী চিকিৎসক এই পীড়ার ক্রিয়োকোট্ সহ ফেরি সাল্ফ্ প্রয়োগ করিতে উপদেশ দেন। যথা :—

Rc.

ফেরি সাল্ফ.

১ ড্রাম।

ক্রিয়োজোট

১ ড্রাম।

জল

১ পাইট।

এই সলিউশনে পাতলা কাপড় ভিজাইয়া আক্রান্ত স্থানে পটী দিতে হইবে।

ডাঃ ফল্স বলেন, এই পীড়ায় ক্রিয়োজোট অব্যর্থ ঔষধ। আমি পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছি, সত্যসত ই এই পীড়ায় ক্রিয়োজোট অব্যর্থ।

আমি কতিপয় বিভিন্ন প্রকৃতির বিসর্পে এই ঔষধ ব্যবহার করিয়া দেখিয়াছি, ইহা একটা অব্যর্থ ঔষধ বলিলেই হয়। আমি বিসর্প রোগে স্থানিক প্রয়োগ জন্ত এই ঔষধ ব্যতীত আর অন্য কোনও ঔষধ ব্যবহারের পক্ষপাতী নহি।

আমার মতে ক্রিয়োজোটই এই পীড়ার স্থানিক ব্যবহার জন্ত সর্বশ্রেষ্ঠ ঔষধ।

পথ্যাদি :- রোগীকে আলো ও হাওয়ায়ুক্ত গৃহে

রাখিবে। রোগীর গৃহ ও শয্যা সর্বদা পরিষ্কার রাখিবে। গৃহমধ্যে যেন কোলাহল না হয়। কতের ড্রেসিং ইত্যাদি দখল করিয়া ফেলিবে। গুশ্বাকারীরা উগ্র কার্কেলিক লোসনে বা লাইসল লোসনে হস্তাদি প্রক্ষালন করিবে।

রোগীর পথ্য লঘু ও পুষ্টিকর হওয়া উচিত। দুগ্ধ, অণ্ড (কুর্কুট), স্কুয়া মাংসের বা মুসুরীর ত্রণ সাগু বালী, হরলিক্স, ওভালটান ইত্যাদি ব্যতীত। ডাঙ্গিম, বেদানা, মাস্কুল, কমলা ইত্যাদি দেওয়া যায়। তৃণাদির জন্ত প্রচুর জলপান, লেমোনেড, সোডা, বরফ, ডাবের জল দিবে। রোগ আরোগ্য হইবার পর 'সিরাপ হিমোবীন্', 'অথান' প্রভৃতি টনিকের ব্যবস্থা করিবে। পুরাতন তণ্ডুলের অন্ন, জীবিত মৎস্য, মাংসের খোল, মূগ, মুসুরডাল, আলু, পটোল, উচ্ছে, কাঁচকলা, বেগুন, ধোর, মোচা ইত্যাদি ভাল।

(১) সর্পদংশনে দেশীয় ঔষধ

লেখক—ডাঃ ক্রীস্টিভুশন অন্ড B. Sc. M. B

হাউস সার্জন, দিবাপাতিয়া রাজ হস্পিটাল

— ০:(০): ০—

ভারতবর্ষে প্রতি বৎসর প্রায় ৩০৪০ হাজার লোক সর্পদংশনে প্রাণত্যাগ করে, কিন্তু ইহার প্রতিবিধান করে উপযুক্ত চেষ্টা ও স্বল্প কাহারও নাই বলিলেই হয়। সেরূপ স্বল্প ও চেষ্টা থাকিলে হয়তো এতদিনে উহার প্রকৃত ঔষধ আবিষ্কৃত হইত। বাঙ্গারে যতগুলি প্রচলিত ঔষধ ও

ইঞ্জেকশন বর্তমান আছে, তাহার কোনটাই একেবারে অব্যর্থ নহে। পল্লীগামের কোনও কোনও সর্প-চিকিৎসক লতাপাতাজাতীয় ঔষধ দ্বারা অনেক সময়ে আশ্চর্য ফল দেখাইয়া থাকে, কিন্তু এই জাতীয় লোকেরা একরূপ কুসংস্কারাপন্ন যে, উহারা কোনও মতেই এই সকল গাছ

বাহ্যিক নাম প্রকাশ করিবে না। তাহাতে নাকি ঐশ্বর্য ও শিকড়ের শক্তি উভয়ই বিনষ্ট হইয়া যায়। বর্ষাকালে পুত্র বা কোনও নিকট আত্মীয়কে শিখাইয়া দিহু প্রভৃতি থাকে, কিন্তু অশুভ মুখ্য কখন বে আসিয়া পড়ে; তাহা অজ্ঞ মানুষকে কে বুঝাইবে? এইরূপে বহু লভাপাতার শক্তি আমরা অজ্ঞাত আছি।

বাংলাদেশের পল্লীগোমে, সর্পের উপদ্রব বর্ষাকালেই অত্যন্ত অধিক হয়। গোসাপ সমূহ এই বিষধর সর্পসমূহকে আহ্বান-করিয়া অনেকাংশে পল্লীবাসীকে সর্পাঘাতের কবল হইতে রক্ষা করে; কিন্তু গত ২৩ বৎসর হইতে পার্শ্বদেশের বিলাসী ও বিলাসিনীগণের বিলাসিতায় পূর্ণাহুতি দিবার জন্য অস্বদেশীয় গোসাপগণের ধ্বংসসাধন আবৃত্ত হইয়াছে; কারণ ইহার চামড়ায় তাঁহাদের উৎকৃষ্ট পিঁছিকা ও হস্ত-বাগ প্রস্তুত হইয়া থাকে। ফলে, গত ও বর্তমান ঐশ্বরে সর্প ও সর্পাঘাতের সংখ্যা অজ্ঞাত বৎসর অপেক্ষা অনেক অধিক বৃদ্ধি পাইয়াছে।

এই বিষয়টা নিতান্ত আবশ্যকীয় হইলেও, এসম্বন্ধে কাহারও চিন্তা করিবার অবসর বোধ হয় নাই। এতদর্থে কতগুলি পরীক্ষিত দেশীয় ঔষধ আমি এইস্থানে উল্লেখ করিছি। বহু ব্যক্তি এইসকল গাছগাছড়া, লতা পাতা সর্পদংশনের চিকিৎসায় ব্যবহার করিয়া, আশাতীত উপকার পাইয়াছেন বলিয়া মত প্রকাশ করিয়াছেন। আমি নানাহান ও পত্রিকা হইতে এইসকল ঔষধের পরীক্ষার ফল সংগ্রহ করিয়া, এখানে প্রকাশ করিলাম। জ্বীপাঠকবৃন্দ ঐ রোগীতে ইহাদের ক্রিয়া পরীক্ষা করিয়া “চিকিৎসা-প্রকাশে” প্রকাশ করিলে, ইহার দ্বারা বহুলোকের উপকার হইবে—সন্দেহ নাই।

(১) সর্পদষ্টস্থানে তুলসীর পাতার রস অবিপ্রান্ত রাখিলে আশ্চর্য ফল হইয়া থাকে।

(২) হাতীগুড়া গাছের (লতাপাতাসহ) রস সর্পদষ্ট স্থানের ও সেবনে অব্যর্থ ফল পাওয়া যায়।

(৩) মনসা সিজের গাছের আঁঠা দষ্টস্থানে উত্তমরূপে লাগাইলে ও উহার পাতার রস এক ছটাক পরিমাণ

রোগীকে খাওয়াইলে, সর্পবিষ সত্তর নষ্ট হয়। এইমন্তই বোধ হয় সর্পভয় নিবারণার্থ হিন্দুরা মনসা-সিজের পূজা করিয়া থাকেন এবং মনসাদেবী পূজার ঘটে শিজের পত্র নষ্ট থাকিলে উহা অসম্পূর্ণ থাকে।

(৪) সর্পদষ্ট ব্যক্তিকে লাল ভেরেণ্ডার তিনটা কচিপাতা, আখতোলা লবণসহ হাতে কচলাইয়া খাইতে দিবে। উহা চিবাইয়া রস খাওয়ামাত্র রোগী ফল পাইবে।

(৫) মল্ট ভিনিগার (Malt Vinegar) দষ্টস্থানে অত্যন্ত দুই ঘণ্টা কাল মালিশ ও মাঝে মাঝে ত্রাণি সেবন করাইলে বিশেষ ফল পাওয়া যায় বলিয়া, কেহ কেহ প্রত্যক্ষদর্শীমত প্রকাশ করিয়াছেন।

(৬) রোগীর বয়স ও বল অনুসারে ৫—৩০ ফোঁটা লাইকার এমোনিয়া জলের সহিত মিশ্রিত করিয়া পান করাইলে এবং দষ্টস্থানে শোধিত ল্যাম্পেট দ্বারা চরিয়া দিয়া ঐ ঔষধে খোঁচ করাইলে, উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যায়।

(৭) ভাইট বা ভাঁটের (উত্তরবঙ্গে বিশেষতঃ, দিনাজপুরে, রঙপুর জেলায় ইহাকে ভাঁউটা কহে) মূল ১টা এবং বয়স অনুযায়ী ৫—৯টা গোলমরিচ (দষ্ট ব্যক্তির বয়স ১৫ বৎসর পর্যন্ত হইলে গোল মরিচের সংখ্যা ৫টা; ৩০ বৎসর পর্যন্ত ৭টা, তদূর্ধ্ব বয়সে ৯টা সহ বাটিয়া রোগীকে একবার মাত্র সেবন করিতে দিলেই স্রুফল হয়।

(৮) কেঁচো (যাহা বাটির নীচে থাকে ও রাত্রিতে জলে) জলসহ বাটিয়া ১ ঘণ্টা পর পর রোগীকে ২৩ বার সেবন করাইলে, অতি চমৎকার ফল হয়। কেহ কেহ কেঁচো, কলা বা আকের গুড়ের সহিত বাটিয়া খাইতে বলেন।

(৯) কলকাড়া বা কৈলেকড়া শিকড়ের রস ঔষধি বিহকের বেশী পরিমাণ ২৫১০. মিনিট অন্তর ২৩ বার রোগীকে পান করাইলে আশ্চর্য ফল পাওয়া যায়।

(১০) রোগীর মুখ দিয়া লালা বাহির না হইলে,

অয়পালের কলের শাস, পরিষ্কৃত পাথর বাটাতে ঘসিয়া সেই রস চক্ষের পাতার উপর লাগাইলে সুন্দর উপকার হয়। সাবধান, ইহা যেন চক্ষের অভ্যন্তরে না প্রবেশ করে; তাহাতে চক্ষু নষ্ট হইতে পারে।

(১১) দষ্টস্থানে শোধিত ছুরী দ্বারা একটু গভীর করিয়া চিরিয়া দিয়া, তৎপর হাঁস, পায়রা বা মুগীর গুহ্মদ্বার ক্ষতস্থানে লাগাইবে। কেহ কেহ পক্ষীটির গুহ্মদ্বার একটু চিরিয়া রক্ত বাহির করিয়া দেন। প্রাণীটির গুহ্মদ্বার ঐভাবে ক্ষতস্থানে লাগাইয়া রাখিতে যারা গেলে পুনরায় আর একটা পাখী ঐভাবে ধরিতে হইবে। ঐভাবে শেষ পাখীটি যখন আর না মরিবে তখন বন্ধিতে হইবে যে

রোগীর দেহ সর্পবিষশূন্য হইয়াছে এবং রোগীও সুস্থ হইয়া উঠিবে।

বিশেষ প্রস্তাব্যঃ—সর্পদ্বারা দষ্ট হটবান্ধ, কালবিলম্ব না করিয়া ক্ষতস্থানের কিঞ্চিৎ উপরে ঐকটি বাধন দিবে; তাহার একটু উপরে আর একটি বাধন এবং এই বাধনের ২ ইঞ্চি উর্দ্ধে আরও একটা শক্ত বাধন দিবে, বাহাতে রক্ত চলাচল বন্ধ হয়। সরু দড়ি, পাট বা শক্ত কাপড়ের ফালী দ্বারা উত্তমরূপে কবিয়া বাধন দিবে। বাধন দিবার পর ক্ষতস্থান টিপিয়া খানিকটা রক্ত বোকাপ করিয়া দিবে এবং উল্লিখিত চিকিৎসাগুলির যেটা ওৎফণাৎ পাওয়া যায় সেইটার আশ্রয় লইতে কালবিলম্ব করিবে না।

(২) সর্পদংশনে দেশীয় ঔষধ

লেখক—ডাঃ প্রাচ্যম্মথনাথ চক্রবর্তী কবিত্বণ M. D.

(Homoeo) M. H. S.

গৌরভা—খুলনা

—:o:(—

সর্পদংশন সম্বন্ধে, আজ আমি আমার বহু পরীক্ষিত প্রত্যক্ষ চাই একটি বনজ লতাগুল্মের গুণ প্রকাশ করিব আশাকরি এই সহজপ্রাপ্য বনৌষধি দ্বারা চিকিৎসার ক্ষমতা পাইলে, পরীক্ষাপূর্বক চিকিৎসা-প্রকাশে প্রকাশ করিলে, আমি পরমানন্দ লাভ করিব। ইহার নাম জৈবর মূল বা ইছারমূল অর্থাৎ বাহাকে সাধারণতঃ ছোট ইছা বলে; ইংরাজীতে ইহাকে এরিষ্টমোচিয়া বলে। ইহা গুল্মবর্গীয় গাছ, ইহার লতা—আকনাগী গাছের লতার রক্ত, পাতা ৪ঃ ইঞ্চি দৈর্ঘ্য ও ১½ ইঞ্চি প্রস্থ হয়। পাতা

খুব নরম এবং দুই পার্শ্বের মাঝখান একটু চাপা। পাতা রগড়াইয়া শুকিলে সুন্দর একরূপ এলাচের গন্ধের স্তায় গন্ধ পাওয়া যায়। পাহাড়ে পর্বতে খুব পাওয়া যায় এবং পল্লীগ্রামে, যেখানে সেখানে একটু খোঁজ লইলে সস্তায় পাওয়া যাইবে। পুরাকালের ইতিহাসে বহুস্থানে লতা বায় সর্পদ্বারা মৃত রোগীকে কোন জন্তুর বা যেহেতু গুহ্ম লতাপাতা দ্বারা পুনর্জীবিত করিয়াছে; জাতীয় সভ্যতামানী বাবুরা উহা তনিয়া রস বলিয়া উক্তি করিতে ছাড়েন না; কিন্তু পরীক্ষার ফলে, যদি উপকার প্রত্যক্ষ

হয়, তবে তাহা উপেক্ষার দ্রব্য নহে। আশু ও পরীগ্রামের ঠাকুরমারা দুই একটা বিষয় বাহা জ্ঞাত আছেন, সেই সব লতাপাতার গুণ প্রত্যক্ষ করিলে, আশ্চর্য্য হইতে হয়, এখনও বিজ্ঞানের সভ্যালোকে তাহা ধরিতে পারে নাই।

(১) যখন কেউটা বা গোকুরা বা যে কোন সর্পে দংশন করিবে, তখনই অতিদ্রুত দংশিতস্থান পরীক্ষা করিয়া দেখিবে, কামড়টা শিরায় লাগিয়াছে কি না। যদি শিরায় লাগিয়া থাকে, তবে তৎক্ষণাৎ উহার কতকটা দূর উপরে ক্ষিপ্ৰহস্তে খুবজোরে বাঁধিয়া দিতে হইবে। আর যদি শিরা বাধ দিয়া কামড়াইয়া থাকে, তবে একটা কচি জিয়ালের ডানের ছাল ফেলাইয়া উপর হইতে নীচ পর্য্যন্ত টানিয়া আনিতে হইবে, যে স্থান পর্য্যন্ত বিষ উঠিয়াছে, উক্ত স্থানে জিয়ালের ডালটা স্পর্শভাবে পৌছিলেই তীব্র জলিয়া উঠিবে; তখনই বুঝিতে হইবে, ঐ স্থান পর্য্যন্ত বিষ উঠিয়াছে। এইক্ষণ, উহার ৩৪ অঙ্গুলী উপর একটা বাঁধন দিয়া দংশনস্থানে লম্বা চুল টানিয়া পরীক্ষা করিতে হইবে, সর্পের বিষ দাঁত ভেদে বিদ্ধ হইয়া আছে কি না! 'যদি থাকে, তবে চুলের টানে উঠিয়া যাইবে, অল্পাধার চুল গাছটা কেটে ছড়াগ হইয়া যাইবে। দাঁত না থাকিলে, ছোট ইছার ৫৬টা পাতা ছাটিয়া ক্ষতস্থানে ও যে স্থান পর্য্যন্ত বিষ উঠিয়াছে—সেইসমুদয় স্থানে উত্তমরূপে লাগাইবে এবং উক্ত ছোট ইছার ৩টা পাতা ও ৯টা গোলমরিচ একত্রে পেষণ করিয়া জলদ্বারা সেবন করাইতে হইবে। রোগী যদি অস্তিমদশায় উপনীত হইয়া থাকেন, তবে তাহার মাড়ী হস্তদ্বারা জোরে ফাঁক করিয়া উক্ত ঔষধ গলদশে ঢালিয়া মুখখানা একটু উঁচু করিয়া ধরিতে হইবে। তাহাতে ঔষধটী ঠিক গলনলীতে পৌছিতে; এমতাবস্থায় রোগী শ্বাসগ্রহণের অল্প, কাশি দিয়া ঔষধ উদরস্থ করিবে এবং ৪৫ মিনিটের মধ্যেই সন্তোষজনক ফল উপলব্ধি হইবে। যদি রোগীকে সকলে দ্রুত বলিয়া বসে করেন, কিন্তু তাহার হাত, পা, শক্ত না হইয়া থাকে এবং ১ ঘণ্টা পর্য্যন্ত কোন নিশ্বাসের লক্ষণ না

থাকে, তবে এমতাবস্থায় রোগীর মাড়ী কোন শক্তদ্রব্য দ্বারা ফাঁক করিয়া, বাহাতে গলনলীর মধ্যে উক্ত ঔষধ প্রবেশ করে, তাহার চেষ্টা করিতে হইবে; তৎপরে কচি কলার মাজ্ তাহার গলনলীতে প্রবেশ করাইয়া, বেরুপেই হয় ঔষধ তাহার উদরস্থ করিতে হইবে বং তৎক্ষণাৎ তাহার ক্ষতস্থানে শিরা ও পেশীতে কয়েকটা ছুরির টান দিয়া, কতকটা রক্ত বাহির করিয়া দিতে হইবে। তৎপরে ২ মিনিট পরে রোগীকে দুই জনে তাহার দুই বগল ধরিয়া দাঁড় করাইবার চেষ্টা করিবে। এই অবস্থায় একমিনিট দাঁড় করাইয়া, পরে রোগীকে বিছানায় শোয়াইবে এবং কৃত্রিম শ্বাস ক্রিয়া করিতে হইবে। ১০/১৫ মিনিট কাল মধ্যেই, রোগীর প্রাণ থাকিলে অবশ্য তাহার শ্বাস বহিতে আরম্ভ করিবে, তখন আর ব্যস্ত হইয়া রোগীকে কোন ঝাকা ঝুকা দিবে না। ঐ সময় অনেক রোগী চীৎকার করে, কিছু জিজ্ঞাসা করিলে কোন উত্তর দেয় না, কেহবা স্বজ্ঞান হইয়া উত্তর দেয় যে, তাহার পেটের ভিতর তীব্র জ্বালা করিতেছে। তখনই বুঝিবে ঔষধের কার্য্য খুব সন্তোষ জনক ভাবে আরম্ভ হইয়াছে, আর ভয় নাই। এমতাবস্থায় একটা ছোট ইছার পাতা শুধু জল দ্বারা বাটিয়া তাহাকে সেবন করিতে দিলে সে মৃত্যু হইবে, পরে ক্ষতস্থানে শুধু উক্ত পত্রের প্রলেপ দিবে। উক্ত মাংস পূর্ণবয়স্কের পক্ষে; মধ্যম বয়স্কের ২টা পাতা সহ ৬টা গোলমরিচ; ছোট ছেলেদের পক্ষে ১টা পাতাসহ ৩টা গোলমরিচ; শিশুদের পক্ষে ১/২ অংশসহ ১টা গোলমরিচ দিতে হইবে।

(২) সর্প দংশনের কিছু সময় পরে, অনেক রোগীর ভয়ানক মাফেপ হয়। রোগী বসিয়া তাহার দংশিতস্থান পরীক্ষা করিতেছে বা দেখাইতেছে, হঠাৎ রোগী গৌ. গৌ, শব্দ করিয়া অজ্ঞান হইলে, বা মুখে ফেনা উঠিবে থাকিলে, নিম্নোক্ত ঔষধ প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ। ছোট বেলগাছের পূর্ব পার্শ্বের অঙ্গুলী প্রমাণ মোটা শিকড় তুলিয়া, তাহার এক বটু প্রমাণ কাটিয়া লইতে হইবে এবং তৎসহ ৩টা গোলমরিচ পেষণ করিয়া, তাহা জল দ্বারা রোগীকে সেবন করাইলে তৎক্ষণাৎ রোগী উঠিয়া বসিবে, যেন তাহার

কিছুই আক্ষেপ হয় নাই। তৎপরে জিয়ালের ডাল দ্বারা
কিছা পিতলের পাত্রদ্বারা পূর্বোক্তরূপে টানিয়া পরীক্ষা
করিলেই, বিষ কতদূর উঠিয়াছে বুঝা যাইবে। তখনই
তাহার উপরে বাঁধিয়া দংশিতস্থান হইতে কতকটা রক্ত
চিরিয়া বাহির করতঃ, ইছার পাতার প্রলেপ ও উক্ত ঔষধ
সেবন করাইয়া একঘণ্টা পর বাঁধন খুলিয়া দিলে দেখা
যাইবে, বিষ নষ্ট হইয়াছে ; তখন পুনঃ জিয়ালের ডাল টানিয়া
পরীক্ষা করিয়াও দেখা যাইতে পারে। যদি দষ্টস্থান খুব
ফুলা থাকে, তবে (১) কলম্বীর শিকড়, (২) বিশল্যা
করবী বা আয়াপানের পাতা, (৩) কিছু গোলমরিচ,
(৪) কিঞ্চিং আদা, (৫) নূতন হাড়ীর কিছা সরার গুড়া,
(ইছার মাত্রা একটা অল্পমান করিয়া লইলে ক্ষতি নাই)
একত্রে হুকার জলে মর্দন পূর্বক, কিঞ্চিং গরম করিয়া
ফুলা স্থানে প্রলেপ দিলে, ফুলা ২১ দিনের মধ্যেই উপশম
হইবে। এইরূপ বহুরোগী আমি চিকিৎসা করিয়াছি।
রোগীর গলার মধ্যে স্লেমা বড় বড় করিলে, মহাসমুদ্রের
শিকড় অর্দ্ধতোলাসহ গোলমরিচ ৭টা পেষণ পূর্বক

ব্যবহার করাইয়া তৎক্ষণাৎ তাহার উপশম হইতে
দেখিয়াছি।

যে সকল রোগীর জীবন নাই বলিয়া, সকল রোখারা
ত্যাগ করিয়াছেন, এরূপ কয়েকটা রোগীকে এই ঔষধ
দ্বারা পুনর্জীবিত করিতে সক্ষম হইয়াছি। এইরূপ আমার
পরীক্ষিত, অপিতামহদের নিকট হইতে ঠাকুরমাদের প্রাপ্ত
এবং ঠাহাদের নিকট হইতে শিক্ষালব্ধ এই মহোপকারী
পদ্ধতি ঔষধটী আজ আমি সর্বসাধারণের উপকারের
জন্ত, চিকিৎসা প্রকাশে উদ্ধৃত করিলাম। আশাকরি
সকলেই একটু কষ্ট স্বীকার করিয়া চেষ্টা করিলেই,
অনেকেই জীবন রক্ষা করিতে সক্ষম হইবেন যদি
সুযোগ পান, তবে যে কেহই পরীক্ষা করিয়া চিকিৎসা
প্রকাশে প্রকাশ করিলে পরমানন্দিত হইব। সর্পদংশনের
পর, রক্ত বমন, গাত্রদাহ, শিরশ্বর্ণন, মুচ্ছা, দীর্ঘদিন কণ্ঠ
ইত্যাদির বহু প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ বনজলতাপুষ্পের ঔষধ আমার
জানা আছে ; চিকিৎসা প্রকাশে যথাক্রমে তাহা প্রকাশের
ইচ্ছা রহিল।

খাদ্য—Food.

লেখক—ডাঃ শ্রীব্রজেনচন্দ্র ভট্টাচার্য L. M. F,

ম্যাডিক্যাল অফিসার, অফট্রাম চ্যারিটেবল ডিস্পেন্সারী

ময়মনসিংহ

—○:(*):○—

যে জিনিষ আহার করিলে, শরীর ধারণ ও পোষণ সম্ভবপর হয়—তাহাকেই খাদ্য বলা যায়। আহার না করিলে, শরীরের উপাদান সমূহের উপর নির্ভর করিয়া কিছুকাল বাঁচিয়া থাকি যায়, কিন্তু অল্প সময়ের মধ্যেই উপাদানসমূহের অভাবে প্রাণীমাত্রেরই মৃত্যুমুখে পতিত হয়। মানব শরীর কি কি উপাদানে গঠিত ও উপাদান সমূহ কি কি অল্পপাতে বর্তমান থাকে, তাহা নিম্নে বর্ণন করা গেল :

মানব দেহের উপাদান :-

জল	...	৬৪ % শতাংশ।
হানাজাতীয় জিনিষ ...		১৬ % শতাংশ।
(Proteids)		
মাখন জাতীয়জিনিষ ...		১৪ % শতাংশ।
(Fats)		
বেতসার বা শর্করাজাতীয় জিনিষ	১ % শতাংশ।	
(Carbo hydrate)		
লবণ (Salls)	...	৫ % শতাংশ।
		১০০ %

দৈনন্দিন কার্যকলাপে শরীরের উপাদানগুলি স্বেচ্ছায়ই ক্ষয়প্রাপ্ত হয়। সেই কারণে উপাদানসমূহের অল্পতা ঘটে। ফলে, প্রকৃতি ক্ষয় পূরণের দাবী করিয়া বসে। প্রকৃতির এই দাবীকেই আমরা “ক্ষুধা” বলিয়া থাকি। যদি উপাদান সমূহের ক্ষয় পূরণের দাবীই “ক্ষুধা” হয় ও “ক্ষুধা”

নিরূপণ করাই আহারের একমাত্র উদ্দেশ্য হয় তাহা হইলে খাদ্য মাত্রেরই উপাদান যে, শরীরের উপাদানের মত হওয়া উচিত সে কথা বুঝা কঠিন নয়। প্রকৃত প্রস্তাবেও আমাদের যাবতীয় খাদ্যদ্রব্যের উপাদান শরীরের উপাদানের মতই দৃষ্ট হয় অর্থাৎ আমাদের খাদ্যদ্রব্য সমূহ হানাজাতীয়, মাখন জাতীয়, বেতসার বা শর্করা জাতীয় লবণ ও জল—এই সকল উপাদানে গঠিত। কিন্তু বিপুল ভাবে এই সকল উপাদানে গঠিত খাদ্যদ্রব্য আহার করার ফলেও শরীর ধারণ সম্ভবপর হয় না। খাদ্যদ্রব্যে এমন জিনিষ বর্তমান থাকে, যাহা দেখিতে পাওয়া যায় না, স্পর্শ করিতে পারা যায় না, কিন্তু যাহার অভাব অনুভব করা যায়। এই অদৃশ্যমান জিনিষকেই আমরা “ভিটামিন” (Vitamin) বলিয়া থাকি। এই ভিটামিনের পুষ্টিকারক গুণ নাই; ইহা (ভিটামিন) খাদ্যদ্রব্যের উপাদান সমূহের কার্যের সহায়তা করে মাত্র। স্বর্ষাই ভিটামিনের উৎস স্বরূপ। শাকসব্জীতে প্রচুর ভিটামিন দেখা যায়। ভিটামিন ছাড়া খাদ্যদ্রব্য উপকারী হয় না, অর্থাৎ ভিটামিন বিহীন খাদ্য দ্বারা শরীর ধারণ সম্ভবপর হয় না। স্বর্ষ্য ব্যতীত অল্প কোথাও হইতে জীবনের অত্যাবশ্যকীয় ভিটামিন পাওয়া যায় না। সে কারণেই সম্ভবতঃ আর্ষ্য ঋষিগণ স্বর্ষ্যকে দেবতা বলিয়া উল্লেখ করিয়াছেন ও স্বর্ষ্যকে পূজা করা হিন্দুধর্মেরই দৈনিক কর্মের অন্তর্গত করা হইয়াছে।

ভিন্ন ভিন্ন শ্রেণীর খাদ্যদ্রব্যের

উপাদান

ছানাজাতীয় জিনিষ (Proteids) :-

ছানা জাতীয় খাদ্যদ্রব্যে (in Proteids) নাইট্রোজেন প্রচুর পরিমাণে পাওয়া যায়। এই শ্রেণীর খাদ্য প্রধানতঃ দুইভাগে বিভক্ত।

(১) নাইট্রোজেন পূর্ণ অংশ (Nitrogenous part)।

(২) নাইট্রোজেন বিহীন অংশ (Non-nitrogenous part)।

নাইট্রোজেন বিহীন অংশকে আবার শর্করা ও মাখন জাতীয় অংশে বিভক্ত করা যায়।

শ্বেতসার বা শর্করা জাতীয় জিনিষ (Carbohydrates) :- ইহা কার্বন, হাইড্রোজেন ও অক্সিজেন উপাদানে গঠিত। হাইড্রোজেন ও অক্সিজেন জলে যে উপাদানে বিস্তারিত থাকে সেই অম্লপাতে দৃষ্ট হয়।

মাখন জাতীয় জিনিষ (Fats or Hydro-Carbons) :- ইহাও কার্বন, হাইড্রোজেন এবং অক্সিজেন উপাদানে গঠিত। এক্ষেত্রে হাইড্রোজেন ও অক্সিজেনের অম্লপাত জলের উপাদানের মত নয়; অক্সিজেনের পরিমাণ কম থাকে।

খাদ্যদ্রব্যের উপাদান বিশেষের
কার্য

ছানাজাতীয় খাদ্যের (Protein) কার্য :-

(১) মাংসপেশীর সংগঠন এবং মাংসপেশীর ও রক্তের ক্ষয় পূরণ করে।

(২) নানা প্রকার পাচকরসের উৎপত্তি করে।

(৩) ক্রিষ্ণ তাপ ও বেদ উৎপাদক (নাইট্রোজেন বিহীন অংশ হইতে এ কার্য হয়—নাইট্রোজেন বিহীন

অংশের কতকাংশ মেহরূপে পরিণত হইয়া তজ্জাতীয় খাদ্যের মত কার্যকরী হয়)।

(৪) পেশীসমূহের কার্য করিবার সামর্থ্য জন্মায়—এক্ষেত্রেও নাইট্রোজেন বিহীন অংশ দ্বারা এ কার্য সম্পাদিত হয়।

আহার্য জিনিষে প্রচুর পরিমাণ মাখন জাতীয় ও শ্বেতসার বা শর্করা জাতীয় জিনিষ বর্তমান থাকার, ছানা জাতীয় জিনিষের নাইট্রোজেন বিহীন অংশ সাধারণতঃ কাজে লাগে না।

(৫) মাছ, মাংস প্রভৃতি ছানাজাতীয় জিনিষ কামোদ্দীপক বিবেচনায় হিন্দু বিধবাসিন্দিকে এই সকল খাইতে দেওয়া হয় না। পণ্ডপক্ষদের মধ্যে কতকগুলি মাছ ও মাংস আহার করে না, তাহাদের কামতাব দৃষ্টে এ কথার বার্থাতিয়ায় সন্দেহ আসে। ছানাজাতীয় পথ্যের কামোদ্দীপক ক্রিয়া কতদূর সত্য তাহা আমাদের শিক্ষার বর্তমান অবস্থায় সঠিক বলা সম্ভবপর নয়। চিকিৎসা প্রকাশের মূললেখকদিগের নিকট হইতে একবার বিবৃত আলোচনা আশা করি।

শর্করা বা শ্বেতসার জাতীয় খাদ্য (Carbohydrate) :-

(১) উহাদ্বারা শারীরিক উত্তাপের সৃষ্টি হয়।

(২) ইহা শরীরের কার্য করিবার ক্ষমতা জন্মায়।

(৩) ইহার কতকাংশ মেহজাতীয় খাদ্যে পরিণত হইয়া তজ্জাতীয় খাদ্যের অম্লরূপ ক্রিয়া জন্মায়।

(৪) ইহা মেহজাতীয় জিনিষের দহন ক্রিয়ার সহায়তা করে (fats burn in the fire of carbohydrates)।

মাখন বা মেহজাতীয় খাদ্য (Fats or Hydro Carbons) :-

(১) ইহাদ্বারা শারীরিক তাপোৎপন্ন হয়।

(শর্করা বা শ্বেতসার ও মেহজাতীয় খাদ্যের উত্তমেরই তাপোৎপাদক গুণ আছে; কিন্তু মেহজাতীয় পদার্থ হইতে অত্যধিক তাপোৎপন্ন হয়; এবং শর্করা বা

খেতসার এর সাহায্য ভিন্ন মেহজাতীয় পথ্য কার্যকারী হয় না)।

(২) মাখন জাতীয় খাদ্য প্রোটিন্ড খাত্তের (ছানাজাতীয় খাত্তের) ও শরীরের প্রোটিন্ড নির্মিত অংশের ক্ষয় কমাইয়া দেয় পূর্বেই বলা হইয়াছে যে, আহাৰ্য্য জিনিষে প্রচুর পরিমাণে মাখন জাতীয় ও শর্করা বা খেতসার জাতীয় দ্রব্যের বর্তমানে নাইট্রোজেন বিহীনাত্মক থাকিয়া যায়।

(৩) এই প্রণীর খাদ্য প্রোটোপ্লেজম্ (Protoplasm) সৃষ্টির সাহায্য করে।

লবণ (Salts :-

(১) ইহা রক্তের সহিত মিশ্রিত হইয়া পাচকরসের সৃষ্টি করে। আমরা যে লবণ খাই তাহাই পাকস্থলীর পাচকরস (Gastric Juice) সৃষ্টির একমাত্র হেতু।

(২) রক্তে লবণ বর্তমান থাকে বলিয়া রক্ত জলীয় আকারে থাকিতে পারে; লবণের জল টানিয়া রাখিবার ক্ষমতা (Hygroscopic power) দ্বারা এ কার্য সিদ্ধ হয়।

আমরা যে লবণ খাইয়া থাকি, তাহা ভিন্ন ক্যালসিয়াম, পটাশিয়াম, ম্যাগনেসিয়াম, কস্করাস, গৌহ প্রভৃতি ধাতব জিনিষের লবণ (Salt) আমাদের খাদ্যদ্রব্যে দেখিতে পাওয়া যায়। এই সকলও শরীর ধারণ করিবার পক্ষে বিশেষ দরকারী।

ধাতব লবণের কার্য :-

(১) উহা দ্বারা অস্থি ও দন্তের টিউ নির্মাণ ও ক্ষয় পূরণ হয়।

(২) ক্যালসিয়াম ধাতব লবণ অস্থির প্রধান উপাদান।

(৩) শরীরের নানা প্রকার আভ্যন্তরিক কার্য (যেমন হাইড্রোক্লোরিক এসিড উৎপন্ন করা, রক্তের অক্সিজেন গ্রহণ করিবার ক্ষমতা উৎপাদন করা ইত্যাদি) নির্বাহের সাহায্য করে।

(৪) রক্ত হইতে নানা প্রকার রস নিঃসরণের সাহায্য করে।

জল ৩—জলের সাহায্যে সর্বপ্রকারে রাসায়নিক ক্রিয়া সম্পাদিত হয়। খাদ্যদ্রব্যমাত্রেরই জলের সাহায্যে তরলাকারে পরিণত হইয়া শোষিত হয় ও শরীরের কাজে লাগে। ইহা রক্তকে তরলাকারে রাখে ও রক্ত সঞ্চালনের সহায়তা করে এবং শরীরে সঞ্চিত বিষাক্ত জিনিষ তরল করিয়া মূত্রপথে বহিষ্কৃত করিয়া দেয়। জল অম্ল-পরিষ্কার করে ও শরীরস্থ ক্লেশ দূরিত করিয়া দেয়। ইহা পাকস্থলীর পাচকগ্রন্থির উত্তেজনা বৃদ্ধি করিয়া পাচক রসের নিঃসরণ বৃদ্ধি করে। জল শরীরের তাপের সমতা রক্ষা করে।

উল্লিখিত বিবরণ হইতে ইহা স্পষ্ট প্রতীয়মান হইতেছে যে, খাত্তের প্রধান উপাদান ত্রয়ের (ছানা, মাখন ও শর্করা বা খেতসার জাতীয় উপাদান) মধ্যে খেতসার জাতীয় খাদ্য দ্রব্যের বেশী কাজ চালাইতে হয়। ইহা কার্যকারী শক্তি বৃদ্ধি করে; তাপোৎপাদন ক্রিয়া সম্পন্ন করে ও মেহ পদার্থের ক্রিয়া সম্পাদনের সাহায্য করে। আমাদের শরীরে শর্করা বা খেতসার উপাদান খুব কম মাত্রায় (১% মাত্র) বর্তমান থাকে; কাজেই আমাদের খাত্তের মধ্যে খেতসার বা শর্করা জাতীয় খাত্তের (Carbo hydrates) পরিমাণ বেশী থাকা দরকার। সেজন্য আমরা ভাত বা রুটী অল্পাংশ জিনিষের চেয়ে পরিমাণে বেশী খাইয়া থাকি।

গ্রীষ্মপ্রধান দেশে অত্যধিক বর্ষা নিঃসরণ হেতু অনেক তাপ নষ্ট হইয়া যায়। যাহারা অত্যধিক শারীরিক পরিশ্রম করে ও যে সমস্ত গৃহস্থ সূর্যের প্রখর কিরণে চাষাবাদ করে, তাহাদের শরীরের তাপ অত্যধিক পরিমাণে নষ্ট হয় অর্থাৎ তাপোৎপাদক সামগ্রীর ও কার্যকারী শক্তি-প্রদায়ক জিনিষের অত্যধিক ক্ষয় হয়। এই ক্ষয় পূরণের জন্ত এসব ক্ষেত্রে খেতসার বা শর্করাজাতীয় জিনিষের প্রয়োজন বেশী হয়। আমাদের দেশের মাতৃভাতি এ বিষয়ে বেশ জ্ঞান রাখেন বলিয়া মনে হয়। তাহারা শিশুসকল লোককে কদাচ কেবল জল পান করিতে দেন না। জলের সহিত কিছু মিষ্টি সব সময়ই দিয়া থাকেন।

যে সমস্ত লোক অধিক শারীরিক পরিশ্রম করে, তাহাদের ভাত, রুটী প্রভৃতি বেশী খাইতে হয়। কৃষকদের

খাদ্যের পরিমাণ দেখিলে একধার বার্থ্য উপলব্ধি করা কঠিন নয়। যে সকল লোক অসভ্যভাবে সময় কটন করে বা শারীরিক পরিশ্রম করে না—কেবল মানসিক পরিশ্রম করে, তাহাদের খেতসার বা শর্করাজাতীয় পথ্য অপেক্ষাকৃত কম পরিমাণে প্রয়োজন হয়। অল্পখাদ্য স্নেহ জাতীয় জিনিষের উত্তবে অস্বাভাবিক খোটা হইয়া পড়ে। কারণ, প্রয়োজনানতিরিক্ত খেতসারজাতীয় জিনিষ স্নেহ জাতীয় জিনিষে পরিণত হয়।

শৈশবকালে শরীরের বৃদ্ধি বেশী হয়, তখন কেবল শর্করা বা খেতসারজাতীয় খাদ্য বেশী হইলে চলে না। শরীর বৃদ্ধি সাধনের জন্য ছানাজাতীয় জিনিষেরও (Proteids) যথেষ্ট প্রয়োজন হয়। সে জন্য দুগ্ধ শিশুদের প্রধান পথ্য।

জন্মের পর প্রথম কয়েক মাস পর্যন্ত প্যানক্রিয়াসের (Pancreas) যে এমাইলপসিন্ (Amylopsin, Amylase or Amylolytic) এনজাইম্ (Enzyme) খেতসারজাতীয় পথ্যকে শর্করায় in the form of Diasaccharides) পরিণত করে, তাহাব অভাব থাকে। সেজন্য দাঁত উঠিবার পূর্বে পর্যন্ত সাগু, বালি, শটী, এরাকুট প্রভৃতি খেতসারজাতীয় পথ্যের ব্যবহার সঙ্গত নয়। অজ্ঞতা ও দুধের অভাব, আবার কোন কোন ক্ষেত্রে আর্থিক সমস্যা বশতঃ, গ্রামদেশে এ নিয়মের ব্যতিক্রম প্রায় সব সময়ই দৃষ্ট হয়। এইজন্য বর্তমানে, শিশুদের স্বাস্থ্য ভাল থাকে না। পূর্বে প্রচুর দুগ্ধ পাওয়া যাইত; তখন সাগু, বালি প্রভৃতি শিশুদের পথ্যরূপে ব্যবহৃত হইত না—ফলে, সন্তান সুস্থদেহে দীর্ঘজীবন যাপন করিতে পারিত। এ দিকে সকলেরই দৃষ্টি আকর্ষণ বাহনীয় ও এই ব্যভিচার সমাজ হইতে দূর করা য চেষ্টা করা উচিত।

জীবনের প্রথম ২৫ বৎসর পর্যন্ত শরীরে বৃদ্ধি সাধন হয়, সেজন্য এ সময় ছানাজাতীয় পথ্যের প্রাচুর্য দরকার। যৌবনকালে শরীর বৃদ্ধি প্রাপ্ত না হইলে ও অত্যধিক শারীরিক ও মানসিক পরিশ্রমজনিত ক্ষয় পূরণের জন্য

যথেষ্ট ছানাজাতীয় পথ্যের প্রয়োজন হয়। 'যুগ্ম' বয়সে ক্ষয়ই বেশী হয় এবং এই ক্ষয়ের পরিপূরণ সম্ভবপর হয় না—ইহা প্রাকৃতিক নিয়ম। সেইজন্য ছানাজাতীয় পথ্যের পরিমাণ কমাইতে হয়। সে সময় অত্যধিক ছানাজাতীয় পথ্য সেবন করিলে বাতাদি রোগে (Rheumatism, Gout) শরীরে আক্রমিত হয়। বাতরোগ যুগ্ম বয়সে বেশী হয়; ইহাতে একধার বার্থ্য উপলব্ধি করা যায়। কেন যে বাতের উপদ্রব হয়, একথা পরে বুঝান যাইতেছে।

- জলের উপকারিতা এতবেশী যে, যথেষ্ট পরিমাণে জল সেবন করা দরকার। খালিপেটে জল পান করিলে, সে জল দ্বারা আভ্যন্তরিক ক্রন্দ ঘোত হইয়া যায়; কাজেই খালি পেটে জল খাওয়া পরামর্শ সিদ্ধ। ইহাতে, অল্প সময় জল পান নিষেধ একথা বুঝিলে ভুল হইবে। আহারের সময় মাঝে মাঝে অল্প অল্প জল খাওয়া দরকার—তাহাতে পাচক রসের নিঃসরণ ক্রিয়া সুসম্পন্ন হয়; খাদ্যজব্যও যথোচিত ভাবে পিষ্ট ও সহজে পরিপাক পাইতে পারে। ইহাতে প্রতীয়মান হইতেছে যে, খালি পেটে ও আহারের সময়—এই উভয় সময়ই জল খাওয়া দরকার। একথা সব সময়ই মনে রাখিতে হইবে যে, আহারকালে অত্যধিক জল পান করিলে, পাকস্থলীর পাচকরস (Gastric juice) পাতলা হইয়া যাওয়ার সম্ভাবনা থাকে ও তাহাতে পরিপাক ক্রিয়ার ব্যাঘাত হইতে পারে। এই কথা লক্ষ্য করিয়া, অনেকেই আহারের সময় জলপান নিষেধ করেন। গোড়ামীর বশীভূত হইয়া আহা কালে যথোচিত জল পান না করা আত্মহত্যার রূপান্তর মাত্র।

কোন কোন জিনিষ হইতে কোন কোন উপাদান পাওয়া হওয়া যায়, তাহা নিম্নে বর্ণনা করা গেল। যথা :—

শর্করা বা খেতসার জাতীয় খাদ্য (Carb- hydrates) :—

শাকসব্জী, লেকটোজ (Lactose), পেন্টোজ (Pentose), এলেনিন (Alanine), গ্লিসারল

(Dietary Control)- প্রভৃতি পৰ্কর বা বেতসার জাতীয় বাত । প্রবাদ থাকত অস্তর্গত সেগুলি বেতসার জাতীয় পথ্য ।
 মিউকিন্ (Mucins) নামক ছানা জাতীয় জিনিষ দাড়িম, বেগুন, আতুর, আম, জাম, কাঁটাল, কলা
 (Pectinoids) হইতেও প্রচুর কার্বোহাইড্রেট পাওয়া যায় । প্রভৃতি ফল এই শ্রেণীর পথ্যের অন্তর্গত ।
 কঠিক, কঠী চাপাঙ্গী প্রভৃতি, যে সকল জিনিষ আবাদের (ক্রমশঃ)

ঔষধরূপে ঘোলের ব্যবহার

Butter-milk and its uses in medicine.

Dr. U. K. Siroar. B. A., M. (Retd.)

—•••(•)•(•)—

বর্তমানে বিবিধ পীড়ায় ঘোল ঔষধ ও পথ্যরূপে বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হইতেছে । ইহা কোমল সকলেই এক বাক্যে স্বীকার করিবেন । কিছুদিন আগে ডাক্তার ক্যাড্‌ন্স ঘোল সম্বন্ধে একটা বিশেষ উপযোগী প্রবন্ধ লিখিয়াছিলেন । চিকিৎসা-প্রকাশের পাঠকগণের জ্ঞাতার্থে তাহার সারমর্ম এই প্রবন্ধে উল্লেখ করিলাম ।

তিনি লিখিয়াছিলেন যে, কনকান্ জেলার অধিবাসী বৃন্দ ঘোল পান করিতে অত্যন্ত ভালবাসে । তাহাদের আহারের প্রধান অঙ্গই টাইকা ঘোল । ঘোল বাগ দিলে তাহাদের আহারই হয় না । হুখের সহিত কিকিং ষ্টক্ কই অথবা অন্য কোনও প্রকার অন্ন পদার্থ বিপ্লিত করতঃ, হঠাৎটা রুখিয়া দিয়া প্রথমতঃ দই করা হয় ; তারপর উহার সঙ্গে কিকিং জল মিশাইয়া লইয়া যে ভাবে মাখন জোলা হয়, সেই ভাবে মছন করতঃ অথবা বোতলের

মধ্যে কঁটকি দিয়া, মাখন তুলিয়া লওয়া হয়—(আজকাল এক প্রকার বোতল পাওয়া যায় তাহার সহিত মাখন তুলিবার যন্ত্র লাগান আছে ; ইহার নাম “চার্জ বটল” ; ইহাতে অতি সস্তর মাখন তোলা যায়) । দই হইতে মাখন তুলিয়া লইবার পর যে তরল পদার্থ অবশিষ্ট থাকে—তাহাকেই “ঘোল” বলা হয় । ইংরাজীতে ইহাকে “বাটার-মিল্ক” কহে ।

এই ঘোল অতি সহজ পাচ্য । অতি সহজেই ইহা জীর্ণ হইয়া যায় । এই ঘোলের মধ্যে প্রচুর পরিমাণে ল্যাক্টিক এসিড্ বর্তমান থাকায় এবং মাখন না থাকায় ইহা অনতিবিলম্বেই জীর্ণ হইয়া যায় এবং তাহাতে পাক যন্ত্রের কোনই পরিশ্রম হয় না । এই ঘোলে ছানা জাতীয় পদার্থ বাহা বর্তমান থাকে, তাহা মাখন তুলিবার সময়ে পুনঃপুনঃ আলোড়ন দ্বারা অতি দৃঢ় অংশে বিভক্ত হইয়া বাওয়ার, পাকহীনীতে পরিপাক হইতে বিলম্ব বা অসুবিধা হয় না ।

এই জন্তই ইহা সূহ বা অসূহ অবস্থার ভাঙারেরা প্রচুর পরিমাণে ব্যবস্থা করিয়া থাকেন। বিবিধ পীড়ায় বধন রোগী আর অস্ত্র কোনও পথ্য জীর্ণ করিতে পশুরে না তখন বোল ব্যবস্থা করিয়া আশাতীত উপকার পাওয়া গিয়াছে।

পুরাতন অপরিপাক পীড়ায় (ডিসপেপ্টিয়া), অজীর্ণ, ক্ষুধামান্দ্য, গ্রহণী, প্রবাহিকা (ডিসেন্টেরী), শোথ উদরাময়, ওলাউঠা, টাইফয়েড, নিউমোনিয়া, ইত্যাদি পীড়ায়—ইহাপেক্ষা সুপথ্য আর নাই। ছোট ছোট শিশুরা দুধ হজম করিতে না পারিলে, এমন কি মাতৃদুগ্ধ পর্যন্ত বমি করিয়া ফেলিলে, বোল ব্যবস্থা করিয়া আশাতীত উপকার পাওয়া গিয়াছে।

বাতরোগে বিশেষতঃ, গেষ্টে বাতে বোল একটা উৎকৃষ্ট পথ্য। ইহা রক্ত মধ্যস্থ পার্থিব লবণ সমূহকে

ক্রবীভূত করে; গ্রন্থিসমূহ মধ্যে চূর্ণ জাতীয় পদার্থের সঞ্চয় নিবারণ করে এবং শিরা ও ধমনীর রক্ত প্রবাহ ক্রিয়া বর্দ্ধিত করিয়া পীড়ার উপশম করে।

যাহারা গেষ্টে বাতে ভুগিতেছে অথবা যাহাদের এই পীড়া হইবার আশঙ্কা হইতেছে, তাহারা নিয়মিতভাবে প্রচুর পরিমাণে বোল পান করিলে, এই পীড়ার কষ্টকর লক্ষণাবলীর আক্রমণ হইতে নিজেদেরকে রক্ষা করিতে পারিবে।

পাচকরসের অভাব বা হ্রাসজনিত অজীর্ণ রোগে, বোল একটা উৎকৃষ্ট ঔষধ।

বমন ও উদরাময়ে ইহা মন্ত্রের মত কার্য করিয়া থাকে।

টাইফয়েড রোগে অথবা ইহাই-প্রের্ত পথ্য বলিয়া বিশেষিত হইয়াছে।

বহুদুরোগে—যেখানে দুগ্ধ ব্যবস্থা করা নিরাপদ

নহে, সেখানে নিশ্চিত মনে বোল ব্যবস্থা করা যায়। ইহা ১/২—১ কোয়ার্ট পর্যন্ত প্রতিবারে দেওয়া যায়। গণোরিয়া, সিষ্টাইটিস এবং মূত্রস্থালীর বিবিধ পীড়ায় ইহা ব্যবহারে মূত্রকারক ক্রিয়া প্রকাশ করে এবং রোগীর যন্ত্রণার উপশম হয়। জরীর উত্তাপ অত্যন্ত বৃদ্ধি পাইলে তৃষ্ণা নিবারণার্থ বোল ব্যবহার করিয়া আশাতীত উপকার পাওয়া যায়। ইহাতে তৃষ্ণার নিবৃত্তি হয় এবং জরীর উত্তাপের সম্বর হ্রাস হয়।

কনকান্ জেলায় অনেকে কুকুর কাণড়াইল, তাহার বিষপ্রতিষেধার্থ বোল পান করিয়া থাকে। এইজন্তই প্রাচীন আর্ঘ্যখণ্ডিরা আয়ুর্বেদশাস্ত্রে বোলের এত প্রশংসা করিয়াছেন।

একবাক্যে বলিতে গেলে, ইহা ভোগীর ভোগ্য, রোগীর পথ্য এবং সূহ ব্যক্তির আহার।

এতগুলি বর্তমান আছে বলিয়াই, বর্তমানে সর্বত্র পাশ্চাত্য চিকিৎসকগণ একবাক্যে বোলের প্রশংসা করিতেছেন। পাশ্চাত্য চিকিৎসকগণ বড় বেশী বোল ব্যবস্থা করেন, বোধ হয় অনেকেইর প্রতিক্রিয়াশীল তত ব্যবহার করেন কি না সন্দেহ। এত সুন্দর একটা পথ্য থাকিতে, আমরা বিলাতী মুড়, পেট্টেট, বার্লী ইত্যাদির জন্ত সুদূর পাশ্চাত্য দেশের দিকে তাকাইয়া থাকি। আমি আমার প্রত্যেকটা রোগীকেই বোল ব্যবস্থা করিয়া, সুস্থ পর্যন্ত কোনও মল ফল হইতে দেখি নাই বরং ইহাতে, বড় সুফল পাইয়াছি, তত আর কোনও পথ্য ব্যবহারই পাই নাই।

তত্তপারী শিষ্ট হইতে অশীতিপর বৃদ্ধকে এক সর্বাধিক রোগেই ইহা নিরাপদে ব্যবস্থা করিতে পারা যায়— ইহাই বোলের বিশেষত্ব। যদি বেন ২৪ কটর বেশী বাসি না হয়। টাইফায়েড রোগীর পথ্য!

রোগ-নির্ণয় তত্ত্ব Diagnosis.

লেখক—ডাঃ শ্রীঅশোকচন্দ্র সিত্ত M.B.

La'e House Surgeon, Carmichael Medical College Hospital
and Mayo Hospital.



(১) শিশুদের দন্তোদগম (Teething of Infants)

—:—:

শিশুদের দন্তোদগমকালে কতকগুলি লক্ষণ প্রকাশ পায়, তাহার সহিত সাধারণ উদরাময়, জ্বর, ব্রুকাইটিস, ধূমকায়, ইত্যাদি রোগের ভ্রম হওয়ার সম্ভাবনা। নিম্নে ইহার বিভারিত বর্ণনা দিতেছি। বর্ণনা :—

শিশুদের দন্তোদগম হইবার কয়েক সপ্তাহ পূর্বে হইতেই শিশুদের মুখে ওষ্ঠ বাহিয়া প্রচুর পরিমাণে লালার স্রাব হইতে থাকে; ইহা দন্তোদগমের একটি প্রথম লক্ষণ।

শিশুদের চক্ষু হইতেও জল পড়িতে থাকে।

ক্ষতান্ত, তৃষ্ণা বর্জন থাকে, জল দেখিলেই পান করিলেই ক্ষুধা বোধন করে; পুনঃপুনঃ স্তন পান করিতে চাহে।

উদরাময় বিশেষতঃ “গ্রীণ ডায়েরিয়া” বা সবুজ বর্ণের বম্বুত, উদরাময় (মলের রং কখন কখন সীম পাভা নিগুরাম্বুত মলের ভায়, সর্দি, কাশি ও তৎসহ কখন কখন জ্বরও বর্তমান থাকে।

এই উদরাময়ের সহিত গ্রীষ্মকালীন উদরাময় বা “সার্সার ডায়েরিয়া” এবং জ্বর সহ সর্দি কাশির সহিত তখন ব্রুকাইটিসের বিশেষ সোসাদৃশ্য থাকায় উহাদের সহিত ভ্রম হওয়া আশ্চর্য নহে।

শিশুদের দন্তোদগম অতি সত্তর হইলে অর্থাৎ শীত শীত দাঁত উঠিতে থাকিলে, উল্লিখিত লক্ষণাবলী আরও অধিকতর দুর্দমা আকারের হইয়া প্রকাশ পায় এবং তৎসহ প্রায়ই আক্ষেপ বা তড়কা (যাহার সহিত ধূমকায় রোগের ভ্রম হইতে পারে), দুর্দমা বমন, বিহ্বল-দৃষ্টি, কর্ণশূল, এবং বিবিধ চর্মরোগ বা ত্বকোপরি বিবিধ কণ্ড প্রকাশ পাইতে পারে।

সমগ্রকতির লক্ষণযুক্ত অল্প পীড়ার সহিত তুলনা করিয়া, অল্প পীড়া হইতে ইহার লক্ষণাবলীকে পৃথক করতঃ লক্ষণ অনুযায়ী চিকিৎসা করিবে।

(২) “গ্রেভস-ডিজিজ” এর অভিনব লক্ষণ

—:—:

গ্রেভস ডিজিজ পীড়া সন্দেহ হইবামাত্র রোগীর হৃদপিণ্ড পরীক্ষা করিবে। রোগীকে শোয়াইয়া এবং বসাইয়া তাহার হৃদপিণ্ডের স্পন্দন ঠেথেষ্টোপ দ্বারা পরীক্ষা করিবে। যদি হৃদস্পন্দন বসিয়া থাকাকালীন অপেক্ষা শয়ন কালীন অধিক দ্রুত বলিয়া মনে হয়, তাহা হইলে রোগীর “গ্রেভস ডিজিজ” হইয়াছে বলিয়া নিঃসন্দেহ হইবে। এইরূপ লক্ষণ আর কোনও পীড়ায় দেখা যায় না।

(৩) সেরিকট্রো-স্পাইনাল জ্বর নির্ণায়ক

—:—

সেরিকট্রো-স্পাইনাল জ্বর বহুব্যাপকরূপে প্রকাশ পাইয়া থাকে। এই পীড়া নির্ণায়ক করিতে নিম্নলিখিত বিষয়গুলির প্রতি তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখিলে, রোগ নির্ণয়ের কোনও অসুবিধা হয় না।

(ক) ইহা টাইফয়েড্ পীড়ার সহিত ভ্রম হইতে পারে। টাইফয়েড্ জ্বরে ধীরে ধীরে লক্ষণসমূহ প্রকাশ পায়, কিন্তু ইহার লক্ষণাবলী হঠাৎ প্রকাশ পায়। টাইফয়েডের বিশেষ উত্তাপের হাস-বৃদ্ধি, শিরঃপীড়া প্রভৃতি ইহার মত তত প্রবলতর হয় না। টাইফয়েডে পৈশিক কাঠিন্য

থাকে না। সেরিকট্রো-স্পাইনাল জ্বরে বমন, প্রথমেই ডিলিরিয়াম্—বাহ্য কোষাতে পরিণত হয়।

(খ) টাইফাস্ জ্বরে উত্তাপাধিক্য পীড়া দীর্ঘকাল স্থায়ী, হামের স্থায় বিশেষ ইরোপশন বহির্গত হওয়া, পৈশিক কঠিনতা হীন, প্রবল অম্লভব শূন্যতা অথবা বিশেষ ইন্ড্রয়ের বিফলতা হয় না।

(গ) টাউবার্কিউলার মেনিঞ্জাইটিস্—ইহা বহুব্যাপিন্ধে প্রকাশ পায় না, ইহার বিশেষ ইরোপশন নাই।

কর্ডের মেনিঞ্জেসের প্রদাহ—ইহা সহসা উত্তাপের পর ঠাণ্ডা লাগিয়া হয় বা উপদংশবশতঃ হইয়া থাকে। ইহাতে মস্তিষ্ক লক্ষণ থাকে না বা ইরোপশন বাহির হয় না।



ডাঃ জিনিফ্রলকাস্ত চট্টোপাধ্যায় M. B.

কলিকাতা

—:—

মেঘনগুণে রোগ-জীবাণু

রোগোৎপত্তির রহস্য

পাশ্চাত্য চিকিৎসাশাস্ত্র অভাবনীয় উন্নতি পথে অগ্রসর হইলেও, এখনও যে অনেক পীড়ার উৎপাদক কারণ আনুমানিক ভিত্তির উপর প্রতিষ্ঠিত রহিয়াছে, বহু নিদান-তত্ত্ব তাহা স্বীকার করিতে কুষ্ঠাবোধ করেন না—চিকিৎসা-জগতের অনেক রহস্যই যে, মানব জ্ঞানের বহির্ভূত রহিয়াছে, তাহাতে কোন সন্দেহের অবকাশ নাই। তবে পাশ্চাত্য মনীষীগণের মস্তিষ্ক এই সকল অজ্ঞাত

রহস্যের উদ্ঘাটনে নিশ্চেষ্ট নাই। ইহার ফলে ক্রমশঃ অনেক সমস্তারই সমাধান সম্ভবপর হইতেছে। অনেক অভূতপূর্ব রহস্য উদ্ঘাটিত হওয়ায়, জনসাধারণ বিস্ময় বিমুগ্ধ হইতেছেন।

আমাদের দেশে হিন্দুদিগের মধ্যে বহু প্রবাদ প্রচলিত আছে। পক্ষান্তরে, আমাদের প্রাচীন চিকিৎসাশাস্ত্রে, স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় বিধি-ব্যবহার মধ্যে এমন কতকগুলি বিষয়

আছে, বাহার কার্যকারণের মধ্যে স্পষ্টতঃ কোন সম্বন্ধ দৃষ্ট না হইলেও—কার্যকর এত স্পষ্টতর যে, ঐসকল প্রবাহ ও বিধিক্রমগুলি আবহমানকাল হইতেই নিরাপত্তিতে প্রতিপালিত হইয়া আসিতেছে। পাশ্চাত্যলোক প্রাপ্ত উদ্ভ্রান্তবৃত্তি শিক্ষিত জনসাধারণের নিকট এই সকল বিষয়ই কুসংস্কার এবং অবৈজ্ঞানিক বলিয়া উপেক্ষিত হইয়া থাকে। কারণ এই বৈজ্ঞানিক যুগে সব বিষয়ের মধ্যেই আমরা বৈজ্ঞানিক কারণ দেখিতে চাই এবং উহা দেখিতে না পাইলেই তাহা অবৈজ্ঞানিক বলিয়া বিবেচিত হইয়া থাকে। কিন্তু আমরা একবারও ভাবি না যে, অসীম যোগবলসম্পন্ন অদ্বিতীয় বিজ্ঞানবিন্দু ত্রিকালজ্ঞ অবিগল যোগবলে যে সকল বিষয় প্রবর্তিত করিয়া গিয়াছেন তাহা অসার প্রবাদবাক্য বা কুসংস্কারপূর্ণ নহে। ইহাদের মধ্যে অবশ্যই কোন বৈজ্ঞানিক কারণ অন্তর্নিহিত আছে; তবে ইহার উদ্ঘাটনে যে সূক্ষ্মতম জ্ঞানের প্রয়োজন, আমাদের তাহা নাই। ইহাদের আছে—তাহারা এইসকল বিষয় অবৈজ্ঞানিক বলিয়া উড়াইয়া না দিয়া, ইহাদের অন্তর্নিহিত বৈজ্ঞানিক কারণ আবিষ্কারে যত্নবান হইয়া থাকেন। পাশ্চাত্য শিক্ষাদৃষ্ট ব্যক্তিগণের নিকট উপেক্ষিত, এইরূপ বহু অবৈজ্ঞানিক তথ্যের মধ্যে অত্রান্ত বৈজ্ঞানিক কারণ আবিষ্কার করিয়া, পাশ্চাত্য বৈজ্ঞানিকগণ জগৎকে বিশ্বয় বিমুগ্ধ করিতেছেন।

সম্প্রতি এইরূপ একটী অজ্ঞাতপূর্ব তথ্যের আবিষ্কারে চিকিৎসা-জগতে একটা প্রবল আন্দোলনের সাড়া পড়িয়া গিয়াছে। এই তথ্যটি—“রোগোৎপত্তির রহস্য এবং অস্বাস্থ্যে রোগ-জীবাণুর অস্তিত্ব।”

সকলেই জানেন যে, অনেক সময় অনেক স্থানে এমন এক একটা পীড়ার আবির্ভাব হইয়া উহা এরূপ ব্যাধকভাবে বিস্তৃতি লাভ করে যে, উহার উৎপত্তির কোন কারণই নির্ণয় করিতে পারা যায় না। সম্প্রতি এই রহস্য সমাধানের সম্ভাবনা হইয়াছে।

পাশ্চাত্য শিক্ষার উদ্ভ্রান্ত শিক্ষিতগণ ব্যতীত এদেশের

সাধারণ লোকের বিশ্বাস যে, যেহেতু বৃষ্টি হয়। কিন্তু যেহেতু জলের বৃষ্টি ছাড়াও অন্য কিছু কিছু জিনিসের বৃষ্টি হইয়া থাকে। অতি প্রাচীনকাল হইতেই অনেক দেশের লোকের মনে একটা ধারণা জন্মিয়া আছে যে, আকাশ হইতে সময়ে সময়ে অগ্নি, গন্ধক, মড়ক ও মৃত্যু-বৃষ্টি হয়। সাধারণের এই ধারণার মূলে যে কিছু সত্য আছে, বৈজ্ঞানিকেরা সম্প্রতি বিজ্ঞান-সম্মত উপায়ে তাহা নির্দ্বারণ করিয়াছেন। যেহেতু মাহুয়ের পক্ষে না হউক—উদ্ভিদ জগতের পক্ষে যে মৃত্যু-বৃষ্টি হয়, তাহা বৈজ্ঞানিক পরীক্ষায় অবিসংবাদিতভাবে প্রতিপন্ন হইয়াছে। উদ্ভিদের পক্ষে বাহা সত্য, অজ্ঞাত জীবের পক্ষেও যে তাহা সত্য হইতে পারে না, এমন কথা বলা যায় না। কারণ, উদ্ভিদের জীবন আছে, তাহাদের রোগ হয়, তাহাদের মধ্যেও মড়ক হয়। এই সমস্ত বিবেচনা করিয়া, যেহেতু মানব সমাজেও যে রোগের বিস্তার হইতে পারে, তাহা সিদ্ধান্ত করিতে পারা যায়। বস্তুতঃ, একজন বৃষ্টি জীবাণু-তত্ত্ববিদ এইরূপই সিদ্ধান্ত করিয়াছেন। তিনি বিমান হইতে রোগবীজাণু ধরিয়া প্রমাণ করিয়াছেন যে, পৃথিবী হইতে বহু উর্দ্ধে মাহুশ্রে এরূপ কোটি কোটি জীবাণু বর্তমান রহিয়াছে। যেহেতু তখন বৃষ্টি হয়, তখন এই সকল জীবাণু বৃষ্টির জলের সহিত মিশিয়া ভূপতিত হয় এবং উদ্ভিদ, ইতর প্রাণী ও মাহুয়ের মধ্যে মড়ক উৎপাদন করে। এই বিষয় অবলম্বন করিয়া একজন লেখক নিউ ইয়র্কের “আমেরিক্যান উইক্লী” পত্রে বাহা লিখিয়াছেন, তাহা জানিয়া রাখা উচিত। তিনি লিখিয়াছেন—

“ল্যাবোরেটরীতে মানবদেহে রোগোৎপাদক বিভিন্ন জাতীয় জীবাণুর পরস্পরের মধ্যে পার্থক্য নির্ণয় করা কঠিন বলিয়া, যে সকল জীবাণু বৃক্ষদেহে রোগোৎপাদন করে, তাহাদের লইয়া পরীক্ষা করা হয়। কেবলমাত্র বিজ্ঞানবিদ্যার অন্তর্গত কৃষি বিজ্ঞানবিদ্যার অধ্যাপক মিঃ ডবলিউ, এ, আর ডিলন-ওয়েটন এই সকল পরীক্ষার ভার প্রাপ্ত হইয়াছিলেন। তিনি দেখাইয়া দিয়াছেন যে, যদি যেহেতু

হইতে বৃষ্টির সঙ্গে সঙ্গে জীবাণু সকল নামিয়া আসিয়া উদ্ভিদ রাজ্যে ব্যাপকভাবে রোগোৎপাদন করিতে পারে, তাহা হইলে জীবরাজ্যেও এইভাবে যড়ক উৎপন্ন না হইবার কোন কারণ নাই।”

অনেক রোগজীবাণু উপর আকাশের বহু উচ্চ বায়ুমণ্ডলে ভাসিয়া বেড়ায়। সেই সকল রোগ-জীবাণু নামিয়া আসিয়া মানবসমাজে রোগ বিস্তৃত করিতে পারে বহু বৎসর পূর্বে চিকিৎসকগণের বিশ্বাস ছিল, বায়ু দ্বারা বাহিত হইয়া অনেক রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। অনন্তর জুজেনিক জীবাণুতত্ত্ববিদ পাণ্ডুর জীবাণুগণকে রোগের কারণ বলিয়া নির্ণয় করিলেন। তাহার পর হইতে বায়ুবাহিত রোগসংক্রান্ত মতবাদ ক্রমে পরিত্যক্ত হইল। এখন অসম্ভব হইতেছে, প্রাচীন কালের অসম্ভবান নিভান্ত ভ্রান্ত নহে—তাহার মধ্যেও কিছু সত্য নিশ্চয়ই ছিল।

এমন সময় আসে, যখন স্থানবিশেষে আকাশ হইতে রোগবৃষ্টি হইতে পারে—বৃষ্টির সঙ্গে সঙ্গে সাংঘাতিক রোগজীবাণু বর্ষিত হইতে পারে। কারণ, সপারিষদ মিঃ ডিলন ওয়াটসন প্রমাণ পাইয়াছেন যে, মেঘের সঙ্গে অনেক রোগজীবাণু মিশিয়া থাকে। গড়পড়তা মেঘের সঙ্গে যত রোগজীবাণু থাকে, তাহার নিম্নভাগস্থ পরিষ্কার বায়ুমণ্ডলে তত থাকে না। মেঘস্থিত রোগ-জীবাণু বৃষ্টি বিন্দুর সঙ্গে ভূপতিত হইয়া রোগোৎপাদন করিয়া থাকে।

সম্প্রতি এই বিষয় সম্বন্ধে যে পরীক্ষা হইয়া গিয়াছে, তাহার ফলে জানা গিয়াছে ভূপৃষ্ঠ হইতে ৫ শত ফিট উচ্চ হইতে আরম্ভ করিয়া ১২ হাজার ফিট উচ্চ পর্যন্ত স্থানের বায়ুমণ্ডলে জাল পাতিয়া ৮০ দফা রোগ-জীবাণু ধরা হইয়াছে।

সর্বাঙ্গেকা উচ্চ স্থানে যে পরীক্ষা করা হইয়াছে, সেখানে জীবিত জীবাণু পাওয়া গিয়াছে দেখা গিয়াছে, এখানে শীতকাল অপেক্ষা গ্রীষ্মকালে জীবাণুর সংখ্যা অধিক, আর তাহারা মেঘের ভিতরে যে পরিমাণে থাকে, একেবারে বাহিরে বায়ুমণ্ডলে ততটা পরিমাণে থাকে না।

জীবাণুগণের স্বরূপ নির্ণয় যে পর্যন্ত হইয়াছে, তাহাতে স্থির হইয়াছে যে, ছাতা নামক উদ্ভিদ তুল্য এক জাতীয় পদার্থে তাহারা বহু পরিমাণে আশ্রয় গ্রহণ করে।

তাহাদের মধ্যে যদি কোন পূর্ণবয়স্ক জীবাণু থাকিয়া থাকে, তবে তাহাদের সংখ্যা খুব কম ছিল। সাধারণতঃ পূর্ণবয়স্ক জীবাণুরা আকাশে ভাসিয়া বেড়ায় না। এমন কি, ভূপৃষ্ঠেও তাহারা এভাবে থাকে না। বাহারা ভাসিয়া বেড়ায়, তাহারা পূর্ণবয়স্ক জীবাণু নহে—তাহারা জীবাণুর অঙ্কুর বা কীড়া। এক হিসাবে ইহারা জীবাণুর বীজ। এই সকল বীজ যতক্ষণ না সম্পূর্ণ শুকাইয়া যায়, কিবা কোন রাসায়নিক পদার্থ বা আলোকরশ্মির সংস্পর্শে আসিয়া উপস্থিত হয়, ততক্ষণ তাহারা জীবিত থাকে। এইভাবে তাহারা অনন্তকাল ধরিয়া, কোন কোন উদ্ভিদের বীজের মত, জীবিত থাকিতে পারে।

এই সকল ক্ষুদ্রাতিক্ষুদ্র দীর্ঘজীবী জীবাণুর বীজই রোগ বিস্তার করিয়া থাকে। এমন কি, ভূপৃষ্ঠের সন্নীপবর্তী জীবাণু-বীজের ইহাই প্রধান কার্য। আবার ইছাদিগকেই প্রধান উপর আকাশে বায়ুমণ্ডলে বা মেঘের সহিত ভাসিয়া বেড়াইতে দেখা যায়। তাহাদের আকার অতি ক্ষুদ্র বলিয়া ঘণ্টার পর ঘণ্টা ধরিয়া ভাসিয়া থাকা তাহাদের পক্ষে খুবই সহজ। ইহারা যে বহুদিন ধরিয়া এইভাবে ভাসিয়া বেড়াইতে পারে না, তাহাও বলা যায় না। তাহারা বিপজ্জনক অবস্থার সহিত সংগ্রাম করিয়া আত্মরক্ষা, নিজেদের অস্তিত্ব রক্ষা করিতে সমর্থ। এই কারণে, ভূপৃষ্ঠ হইতে এক মাইল কি দুই মাইল উচুতে প্রচণ্ড শীতেও জীবাণু বীজ ধাচিয়া থাকিতে পারে।

অতটা উচুতে সম্ভবতঃ কেবল একটা মাত্র জিনিষ কোন কোন জীবাণু বীজকে ধারিয়া কেলিতে পারে। সেই একটা জিনিষ হইতেছে সূর্যরশ্মি, বিশেষতঃ অল্ট্রা ভায়োলেট রশ্মি। সম্ভবতঃ এই কারণেই বায়ুমণ্ডল অপেক্ষা মেঘরাজ্যে অধিক সংখ্যক জীবিত জীবাণু-বীজ দেখিতে পাওয়া যায়। মেঘের অন্তরালে থাকিয়া মেঘনাদের স্তায় ইহারা সূর্য্যকিরণ হইতে আত্মরক্ষা করিতে পারে।

মিঃ ডিলন ওয়েটনই যে, কেবল উপর আকাশে রোগ-জীবাণু আবিষ্কার করিয়াছেন, তাহা নহে; অল্প আরও অনেকে এই দাবী করিয়া থাকেন। “আমেরিকান উইকলী” পত্রের প্রবন্ধ-লেখক জানাইতেছেন যে, ৮ বৎসর পূর্বে টেক্সাস প্রদেশের কৃষিবিশেষজ্ঞগণ সহসা একদিন বিমানারোহণে আকাশমণ্ডল পর্য্যবেক্ষণ করিতে উঠিলেন; তৃপ্ত হইতে সাড়ে ১৬ হাজার ফিট উচ্চে বায়ুমণ্ডল পরীক্ষা করিয়া তাঁহারা বাহা আবিষ্কার করিলেন, তাহাতে তাঁহাদের বোধ হইল যে, তথায় এক প্রকার জীবাণুর ডিষ ভাসিয়া বেড়াইতেছে; এবং সম্ভবতঃ এই জীবাণু-ডিষ বা কীড়া হইতে বৃক্ষগণের বিশেষ এক শ্রেণীর পীড়া হইয়া থাকে — বৃক্ষের স্বক্ এমন কালো হইয়া যায়, যেন মনে হয় তথায় মরিচা ধরিয়াছে। ইহার ৩ বৎসর পরে যুক্তরাষ্ট্রের আবহাওয়া বিভাগের অধ্যাপক এচ. এচ. কিম্বল ওয়াশিংটন হইতে বিমানযোগে ১০ হাজার ফিট উচ্চে উঠিয়া তত্রত্য বায়ুমণ্ডলে ভাসমান ধুলির নমুনা সংগ্রহ করিয়া আনেন। তাহার মধ্যে তিনি এক প্রকার রহস্যজনক গোলাকার পদার্থ দেখিতে পান। সেগুলি দেখিতে ক্ষুদ্র তরমুজের জায়। পরে ইংলণ্ডে ভূমির অতি নিকটের বায়ুতে এইরূপ বস্তু দেখিতে পাওয়া গিয়াছিল। অধুসন্ধানের ফলে স্থির হয়, ইহা বৃক্ষজাতির কোন প্রকার রোগজীবাণু। খুব সম্ভব, ইহা ছত্রাকজাতীয় কোন উদ্ভিদগু হইবে। লেখক আরও বলিতেছেন :—

এই সকল নূতন ঘটনা হইতে উদ্ভিদ ও জীবজগতের কতকগুলি রহস্যজনক সংক্রামক রোগের যুক্তিসঙ্গত ব্যাখ্যা করা যাইতে পারে। মরিচা ও পচনশীলতার জায় অনেক উদ্ভিদের ব্যারাম কোমি কোন স্থানে অত্যন্ত অকস্মাৎ প্রকাশ পায়। এই রোগ অত্যন্ত সংক্রামক এবং অতি শীঘ্র বিস্তৃত হয়। আশ্চর্যের বিষয়, খানিকটা স্থান এই রোগবিহীন অবস্থায় থাকে এবং তাহার পরবর্তী বহুবিস্তৃত স্থানে ইহা প্রবলভাবে দেখা দেয়। যদি ইহা সত্য হয় যে, উদ্ভিদের রোগের জীবাণু উপর আকাশে ভাসিয়া বেড়ায়, তবে এইরূপ আশ্চর্যজনক ব্যাপারের স্বন্দর ব্যাখ্যা পাওয়া যাইতে পারে।

মানবজগতেও অনেক রোগ রহস্যজনকভাবে প্রকাশ পায়। ইতিহাসে যে সকল বড় বড় মহামারীর বিবরণ পাঠ করা যায়, বাহার ফলে, যুরোপ ক্রমাগত বহুবার বিধ্বস্ত হইয়াছিল। সে সকল ঘটনা এত সুদূর অতীতকালে সংঘটিত হইয়াছিল যে, এককাল পরে তাহার চিকিৎসা-বিজ্ঞান সম্মত কোন বিবরণ পাইবার উপায় নাই। কিন্তু কোন কোন লেখক এই সকল মহামারীর কিছু কিছু বিবরণ লিখিয়া রাখিয়া গিয়াছেন। তাহা হইতে জানা যায়, এই সকল মহামারী—বিশেষতঃ, চতুর্দশ শতাব্দীতে সংঘটিত ইটালীয় মহামারীর অব্যবহিত পূর্বে আবহাওয়ার অবস্থা অত্যন্ত অস্বাভাবিক দেখা গিয়াছিল। সময়ে সময়ে অতি উৎকট শাস্ত্রভাব, তাহার পর আবার সহসা ঋটিকাবর্ত আবিভূত হইয়াছিল। এইরূপে ক্রমাগত আবহাওয়ার শাস্ত্রমূর্তি ও ঋটিকাসম্মূল মূর্তিধারণের ফলে, বায়ু ক্রমাগত উপর নীচে ওলট-পালট হইয়া গিয়াছিল। এই কারণে হয়ত এই সকল মহামারীর বীজ তাহাদের মূল বাসস্থান হইতে স্থানান্তরে চালিত হইয়াছিল।

তিন বৎসর পূর্বে ইনফুলাইণ্ড নামক ওলন্দাজ জাহাজ যবদীপ হইতে হল্যাণ্ডে যাইবার সময় মধ্য-সমুদ্রে একপ্রকার রহস্যজনক রোগ সেই জাহাজে আবিভূত হয়। জাহাজের ডাক্তার রোগনির্ণয় করিতে পারেন নাই। সে কোন জাতীয় রোগ, তাহার নাম কি, এ সকল কিছুই জানা যায় নাই। বাহা হউক ইহাতে কাহারও মৃত্যু হয় নাই। রোগীরা ক্রমে আরোগ্যলাভ করিয়াছিল। হয়ত আকাশ হইতে কোন অজ্ঞাতনামা রোগের জীবাণু ঐ জাহাজে পড়িয়া থাকিবে।

ছই বৎসর পূর্বে জার্মানীর ফ্রাঙ্কফোর্ট এবং ফ্রাঙ্কফোর্ট প্যারিস নগরে একপ্রকার নূতন রোগের প্রাদুর্ভাব হয়। তাহার নাম দেওয়া হইয়াছিল “ফ্রাঙ্কফোর্টের জ্বর” বা “পঞ্চম রোগ”। শেবোস্ট নাম দেওয়ার কারণ এই যে, ছেলেনের সাধারণতঃ হায এবং “ফ্রাঙ্কফোর্ট” এর শ্রেণীর যে চারিটি রোগ হয়, ফ্রাঙ্কফোর্টের জ্বর প্রায় তাহাদেরই জায়। কিন্তু

উভয়ের মধ্যে পার্থক্যও ছিল। এই রোগ-জীবাণু কোথাহইতে আসিল এবং কোথায় গেল, তাহা এখনও রহস্যজড়িত। এই সকল রহস্যজনক রোগ বে, আকাশ বা বায়ু হইতে আসে, তাহা কেহ নিশ্চিত করিয়া বলিতে পারেন না। ১৯২৫ খৃষ্টাব্দেও একটা অজানা রোগ আবির্ভূত হইয়াছিল। তাহার নামকরণ করা হয় “কর্দমজর”। তবে বায়ু হইতে আগমন করা অসম্ভবও নহে। এরূপ নামকরণের কারণ, এই জর জার্মাণীর জংলা বনে আকাশ হইতে কিবা মেঘ হইতে বৃষ্টির সঙ্গে রোগজীবাণু হানে আবির্ভূত হইয়াছিল। ইহাও যেমন রহস্যজনকভাবে ভূপতিত হইয়া থাকে। তবে একতাই ইহা ভূপতিত হয় আসিয়াছিল, সেইরূপ অতর্কিত ভাবেই অদৃশ্য হইয়াছিল। কি না, সে বিষয়ে চিকিৎসকগণের অনুসন্ধানের মধ্যেই চিকিৎসা জগতে এরূপ অনেক উদাহরণ পাওয়া যায়। অবকাশ রহিয়াছে।



উপদংশ পীড়ায় সালফারসেনোল ইন্জেকসনে উপসর্গ
Common untowards symptoms after injection
of Sulfarsenol in syphilitic poison.

লেখক :- ডাক্তার শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাশ, F. R. C. P. & S
(Ind.) M. H. S. C. (London.)

Professor, Dacca Medical College & House Surgeon Malaviya Hospital.
DACCA.

—:~:—

রোগী :- জনৈক ভদ্রলোক ; বয়স প্রায় ৩০/৩৫ বৎসর। আমি গত ২৪শে এপ্রেল (১৯৩০) প্রাতঃকালে তাঁহাকে দেখার জন্য আহূত হই।

পূর্ব ইতিহাস :- রোগীর যখন ১৮/১৯ বৎসর বয়স, তখন তিনি উপদংশ পীড়ায় আক্রান্ত হন এবং জনৈকি উপদংশজনিত ক্ষত হওয়ায় আয়ুর্বেদীয় ঔষধ ব্যবহার করিয়া আরোগ্যলাভ করেন।

বর্তমান অবস্থা :- রোগীর পূর্বব্যাধি পুনরাবির্ভূত হওয়ায়, তাহার লিঙ্গ মুণ্ডে (Glans penis) এবং লিঙ্গ-আবরক পর্দার (Prepuce) নীচে ও অণ্ডকোষের স্বকের উপর ক্ষত হইয়াছে। ঐ ক্ষত দেখিয়া মনে হইল যে, তাহার যৌবনের সঞ্চিত ব্যাধির পুনরাবির্ভাব অর্থাৎ সিফিলিটিক শ্রাবার (Syphilitic chancre) হইয়াছে। শরীরের গ্রন্থিসমূহ (Joints)

বৈকল্য আছে; উহা উপদংশজনিত বাত (Syphilitic — water) দ্রব করিয়া পূর্বোক্তরূপে ইঞ্জেকসন দিলাম।

(Rheumatism) বলিয়া বিবেচনা করিলাম।

রোগীর স্থলকার দেহ; তাহার একটি বাত ঘেয়ে সন্তান হইয়াছে। তাহার বয়স প্রায় ৮৯ বৎসর। এ বাত আর কোন সন্তানদি হয় নাই। তাহার জ্বর দেহও স্থল হইয়াছে। তাহার প্রত্যেক মাসিক ঋতুর পূর্বে তলুপেটে একটি বেদনা হয়; উহা কিছু দিন সমভাবে থাকিয়া পরে বিলুপ্ত হইয়া যায়। এমতাবস্থায় রোগীর ও তাহার জ্বর সমস্ত বিষয় পর্যালোচনা করিয়া স্বামী এবং স্ত্রী উভয়েই বে উপদংশ পীড়ার আক্রান্ত হইয়াছেন, তাহাতে আর কোনই সন্দেহ রহিল না। নিম্নলিখিত ভাবে চিকিৎসা আঁস্ত করিলাম।

২০/৪/৩০—অন্ত কোন ঔষধ না দিয়া কেবল কোষ্ঠ পরিষ্কারের জন্য ক্যাস্টর অয়েল (Castor oil) এক আউন্স সেবনের ব্যবস্থা দিলাম।

২০/৪/৩০—অন্ত ক্ষতে লাগাইবার জন্য নিম্নলিখিত মলম ব্যবস্থা করিলাম। বধা :—

১। R.

ক্যালোমেল ... ২ গ্রেণ।

ভেসেলিন ... এক আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ মলম। সকালে ও বৈকালে দিনে-২ বার লাগাইতে বলিলাম।

২। R.

সালফাসে'নোল—২নং ... ১টী এম্পুল।

ছই সি, সি, ২ c. c. রিডিষ্টিল্ড ওয়াটারে দ্রব করতঃ নিতম্ব প্রদেশে (Glutial region) ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসন করিলাম। এই প্রকারে তিন দিন অন্তর ইঞ্জেকসনের ব্যবস্থা করিলাম।

২৮/৪/৩০—অন্ত প্রাতঃকালে বাইরা দেখিলাম যে, পূর্বের ইঞ্জেকসনে কোন প্রকার প্রতিক্রিয়া (Reaction) হয় নাই, সুতরাং অস্ত সালফাসে'নোলের—মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ, তাহার ৩নং এম্পুল (18. c. gm.) তিন সি সি, (3 c. c.) রিডিষ্টিল্ড ওয়াটারে (Redistilled

১/৫/৩০—অন্ত প্রাতঃকালে বাইরা দেখি যে, ছইটী ইঞ্জেকসনেই জননেড্রিয়ের ক্ষত প্রায় ৩ অংশ কমিয়া গিয়াছে। দ্বিতীয় ইঞ্জেকসনে কোন প্রকার প্রতিক্রিয়া উপস্থিত না হওয়ায়, অস্ত পুনরায় মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া সালফাসে'নোল—৪নং এম্পুল (24 c. gm.) ৪ সি, সি, (4 c. c.) রিডিষ্টিল্ড ওয়াটারে দ্রব করিয়া পূর্বোক্তরূপে নিতম্বপ্রদেশে খুব সতর্কতার সহিত ইঞ্জেকসন দিলাম।

২/৫/৩০—বেলা ১২টার সময় পুনরায় আহূত হইয়া শুনিলাম যে, ইঞ্জেকসনের ২১০ ঘণ্টা পর হইতে নিম্নলিখিত দুই লক্ষণগুলি উপস্থিত হইয়াছে। বধা :—

(ক) ভীষণ ভাবে কম্প, উত্তাপবৃদ্ধি, শিরঃপীড়া (Severe rigor, rise of temperature & headache)।

(খ) কম্পও একরূপভাবে হইয়াছিল যে, ২৩টী লেপ দিয়া রোগীকে জড়াইয়া ধরিলেও কম্পের শাস্তি হয় নাই। উত্তাপও প্রায় ১০৫ ডিগ্রি পর্য্যন্ত হইয়াছিল।

(গ) বমন ও উদরাময়। উদরাময় ও বমন খুব সামান্য ভাবে প্রকাশ পাইয়াছিল, তবে বমন অপেক্ষা বমনোদ্বেষ বা পুনঃ পুনঃ ওয়াক্ তোলা এক্ষণে বেশী হইতেছে দেখা গেল।

(ঘ) সার্বসঙ্গিক অস্বচ্ছন্দতা (General malaise) ও তৎসহ শিরঃপীড়া, ক্ষুধাহীনতা, অনিদ্রা এবং সমস্ত শরীরে বেদনা ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হইয়া এক্ষণেও উহা সমান ভাবে বর্তমান আছে।

(ঙ) পদবয়ের আক্কেপঙ্কনিত আকস্মিক সঙ্কেচন (convulsive twitching of limbs)।

(চ) রোগী মুখে বিষাদ ও বিশিষ্ট আশ্বাদ অনুভব (Peculiar taste in the mouth) করিতেছে।

(ছ) মুখমণ্ডলের ক্ষীতিভাব (Puffing face) বর্তমান রহিয়াছে।

(জ) চক্ষু-তারকা প্রসারিত হইয়াছে (dilatation of pupils)।

(ঝ) নাড়ীর দ্রুতহ (Rapid pulse) বর্তমান আছে।

উপদংশ পীড়ার উৎপাদক জীবাণু হইতে বিষুক্ত এণ্ডোটক্সিন কর্তৃক ক্লম্প, উত্তাপবৃদ্ধি ও শিরঃপীড়া এবং ভ্যাসোমোটর গোলযোগ (Vasomotor disturbance) বশতঃ অত্যন্ত উপসর্গ উপস্থিত হইয়াছে। ঔষধের গাঢ় জ্বব ইঞ্জেকসন দিলে মুখের বিশিষ্ট আশ্বাদ অনুভূত হয়।

উক্ত রোগীর সালকাসেনোল ইঞ্জেকসনে উপরোক্ত চরুপ উপস্থিত হওয়ায়, বিশেষ চিহ্নিত হইলাম। আন্তর্দ্বার বিষয় উক্ত রোগীর চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে তাঁহার জীকেও পর্যায়ক্রমে সালকাসেনোল পূর্বোক্ত নিয়মে ১নং এম্পুল ও ২নং এম্পুল ২টী ইঞ্জেকসন দিয়াছিলাম; কিন্তু তাঁহার কোন উপসর্গ উপস্থিত হয় নাই বরং ২টী ইঞ্জেকসনেই তাঁহার তলপেটের বেদনা সম্পূর্ণরূপে দূরীভূত হইয়াছিল। যাহা হউক উক্ত লক্ষণগুলি উপস্থিত হওয়ায়, অতঃপর কোন প্রকার ঔষধ না দিয়া শুধু মাথায় আইস্ ব্যাগ (Ice bag) দিবার ও বমনোষেগ কবাইবার জন্য বরফ চুষিয়া থাইতে বলিলাম।

২৩/৩/৩০ -মত প্রাতে: বাইরা দেখিলাম—মুখের ক্ষীতিভাব, চক্ষু তারকার প্রসারণ ও নাড়ীর দ্রুতহ

আপনা হইতেই দূরীভূত হইয়াছে; তবে অরু আছে। এতদ্ব্যতীত নিম্নলিখিত মিক্চার ব্যবস্থা করিলাম। যথা:—

Re.

লাইকর এমন এসিটেট	... ২ ড্রাম।
পটাশ সাইট্রাস	... ১৫ গ্রেণ।
সোডি বেঞ্জোয়াস	... ১০ গ্রেণ।
ভাইনাম ইপিথাক	... ২ মিনিম।
সোডি ব্রোমাইড	... ১০ গ্রেণ।
সিরাপ অরেঞ্জ	... ১ ড্রাম।
একোয়া	... এড্ ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। এইরূপ ছয় মাত্রা। প্রতিমাত্রা প্রত্যহ তিনবার সেবা।

৩৩/৩/৩০ দুই দিন পর্যন্ত অর স্বল্পবিষমাবস্থায় থাকিয়া, তৃতীয় দিন প্রাতঃকালে অর ৯৯ ডিগ্রী হয় ও অত্যন্ত উপসর্গ কমিয়া গিয়াছে। বাহ্যেও কমিয়া গিয়াছে। শুধু হ্রস্বলতা, মধ্যে মধ্যে বমনোষেগ ও সামান্য শিরঃপীড়া আছে; পূর্বোক্ত ব্যবস্থা হইতে সোডি ব্রোমাইড বাদ দিয়া উক্ত মিক্চার এবং নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম। যথা:—

Re

এড্রিনালিন সলিউশন (১:১০০০)	৮ মিনিম।
একোয়া ডিষ্টিল্ড	... এড্ ১ আউন্স।

একত্রে একমাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। অত্যন্ত মাত্রা চারি ঘণ্টান্তর সেবা।

ভগবানের কৃপায় এই ঔষধেই রোগী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য লাভ করিয়াছেন। উল্লিখিত সালকাসেনোল ইঞ্জেকসনে রোগীর উপদংশজনিত সমস্ত ক্ষত শুকাইয়া গিয়াছে।

অন্তিম্য টু—আজকাল বহু চিকিৎসকের মতে উপদংশ পীড়ার নিওস্তালতারসন অপেক্ষা সালকাসেনোলই বিশেষ উপযোগী, কারণ নিওস্তালতারসনে প্রায়ই কিব্বি চরুপ প্রবলভাবে প্রকাশ পায়; কিন্তু সালকাসেনোলে

করাটিং কোন চর্মকণ প্রকাশ পায়। উপদংশ পীড়াক্রান্ত রোগীর অনেক রোগীকে সালফাসেনোল ইঞ্জেকশন দিয়া আরোগ্য করিয়াছি, কিন্তু তাহাদের মধ্যে কাহারওই এইরূপ চর্মকণ উপস্থিত হয় নাই; নিওস্যালভাসন অপেক্ষা সালফাসেনোল একটু নম্র প্রকৃতির (mild in strength)। টার্মিয়ান উপদংশ পীড়ায় সালফাসেনোল বিশেষ ফলপ্রসূ।

আমার রোগীটিকে পরে জিজ্ঞাসা করিয়া জানিতে পারিয়াছিলাম যে, তৃতীয় ইঞ্জেকশন করার অব্যবহিত

পূর্বে তিনি পেট ভরিয়া ভাত খাইয়াছিলেন। উক্ত বিষয়টি আমার নিকট গোপন থাকায় এবিধ চর্মকণ উপস্থিত হওয়ার কোন কারণ তখন খুঁজিয়া পাওয়া যায় নাই।

সালফাসেনোল ইঞ্জেকশনের অব্যবহিত পূর্বে পেট ভরিয়া আহার করিলে যে বিবিধ চর্মকণাদি উপস্থিত হয়, সেই সম্বন্ধে বেলগার মেডিক্যাল এসোসিয়েশনের গত মে মাসের (১৯২৮) অধিবেশনে Dr. V. K. Lagu অভিমত প্রকাশ করিয়াছেন।

মুখবিবরে টিউমার

লেখক—ডাঃ শ্রীমন্মথনাথ পালশি L. M. F.,

মেডিক্যাল অফিসার—রামকৃষ্ণ উপোবন হস্পিট্যাল

(হিমালয়)

কোণী :—তিনে ঠাকুরী নামক ৪৮ বৎসর বয়স্ক এক নেপালী বৃদ্ধ। নিরক্ষিত লক্ষণগুলির সহিত চিকিৎসার্থ ৮ই ফেব্রুয়ারী (১৯৩০) হাসপাতালে ভর্তি হইয়াছিল।

স্থিতি :—দক্ষিণ টনসিলের সম্মুখে ডিম্বাকৃতি একটি কোমল টিউমার রৈসিক ফিল্ম (মিউকাস মেম্ব্রেন) দ্বারা সফট প্যালেটে (নরম তালুতে) আবদ্ধ।

উল্লিখিত কারণে রোগীর খাদ্য চর্ষণ ও গলাধঃকরণ করিতে কষ্ট অনুভূত হয়। কথা স্পষ্ট উচ্চারিত হয় না। সর্বদা এক অসোহ্যতা ভাব বর্তমান রহিয়াছে।

পূর্ব ইতিহাস :—তিন বৎসর পূর্বে রোগীর তখনতে একটি সামান্য বাৎসরিক বিবৃতি হয় এবং উহা ক্রমশঃ বৃদ্ধ হইয়া বর্তমানে ডিম্বাকৃতি হইয়াছে। এ বাৎসরিক উহাতে

কোন ব্যথা অনুভূত হয় নাই। শারীরিক উত্তাপও বৃদ্ধি হয় নাই। স্থানীয় কোন আঘাত পাওয়ার কথা জিজ্ঞাসা করায় সে কিছু বলিতে পারিল না। সিকিলিস কিম্বা গণোরিয়া রোগে কখনও কষ্ট পায় নাই।

পরীক্ষা :—পরীক্ষা করিয়া টিউমারটি নরম ও সফট পেলেটে (Soft palate) মিউকাস লেয়ার (mucous layer) দ্বারা আবদ্ধ দেখিলাম। উহার মূল অনুভূত হইল না।

চিকিৎসা :—মুখবিবর গরম পটাশ ক্রোমাস লোশন দ্বারা উত্তমরূপে ধোত করিয়া টিউমারটিতে টিং আয়োডিন প্রয়োগ করা হইল। অতঃপর মুখে মাউথগাগ (Mouth gag) দিয়া, টিউমারটি একটি আর্টারী ফরসেপ্স (Artery forceps) দ্বারা বামহস্তে ধরিয়া

দক্ষিণ হস্তে ছুরি দ্বারা উহাতে বৃত্তাকার ইনসিসন দিয়া, টিউমারটী অন্ত্রপোচারে বাহিরে আনিলাম। নূন্য রক্তক্ষণাশীগুলি স্পিনসার ওয়েলস্ আর্টারি ক্লসেপস দ্বারা আবদ্ধ করিয়া রক্ত স্রাব বন্ধ করিলাম। অনন্তর টীং ফেরি পারক্লোরে একখণ্ড গজ ভিজাইয়া, বৃদ্ধাঙ্গুলি দ্বারা উহা ২ঘণ্টা কাল ক্ষতস্থানে চাপিয়া রাখা হইল।

দুই ঘণ্টা পরে রক্তস্রাব কিছু বন্ধ হওয়ার উক্ত গজ বদলাইয়া দিলাম।

অতঃপর পটাশ ক্লোরাইড ও হাইড্রোজেন পারঅক্সাইড লোশন দ্বারা দৈনিক ৬ বার করিয়া ক্ষতস্থান ধোত করায়

বিংশতি দিবসে রোগী হাস্পিট্যাল ত্যাগ করিল। গরম জল দ্বারা মুখবিবর প্রত্যহ উত্তমরূপে ধোত করিতে উপদেশ দিলাম এবং কুলী করিবার জন্য প্রত্যহ দুইবার পটাশ পারম্যাঙ্গানাস লোশন ১ পাইন্ট দিলাম। ৮ দিন পরে রোগী সম্পূর্ণ আরোগ্য হইয়াছিল।

মন্তব্য ৪—মুখবিবরের টিউমারটী এই প্রথম অন্ত্রোপচার করিলাম। টিউমারটী নরম তালুর সঙ্গে পৃথক ছিল। আমার মনে হয়—তালুতে সামান্য আঘাত লাগায় ক্ষত হওয়ার দরুন দক্ষিণ টনসিলে সংক্রমণ বশতঃ (Infection) টিউমারের উৎপত্তি হইয়াছিল।

ম্যালেরিয়া জনিত অজীর্ণ রোগে কুইনাইন ইঞ্জেকসন

লেখক—ডাঃ শ্রীসতীশচন্দ্র চক্রবর্তী L. C. P. S.

ফুলকুমার (রঙ্গপুর)

— ০:(০): ০ —

রোগী ৪—জৈনক হিন্দু পুরুষ; বয়স ৩৫ বৎসর। গত ১৩৩৬ সালের ফাল্গুন মাসের প্রথমে উক্ত ব্যক্তি আমার নিকট পেটের পীড়ার চিকিৎসার্থ আসে।

পূর্বে ইতিহাস ৪—৫ বৎসর পূর্বে ইহার একবার ম্যালেরিয়া জ্বর হয়। এই জ্বর আরাম হইয়া যাইবার পর এক্ষেপে বৎসরে ২৩ বার ৫৭ দিন স্থায়ী জ্বর হইয়া থাকে। কুইনাইন সেবনে কিন্তু জ্বর আরোগ্য হয়; গত দুবৎসর যাবৎ ইহার ব্যতিক্রম ঘটিতেছে। কুইনাইন খাইলেই অজীর্ণ দান্ত, পেট কঁপা, পেটকামড়ানী প্রভৃতি উপসর্গ উপস্থিত হয়। জরের জন্য কালমেথ, গুলঞ্চ প্রভৃতি সহ ঝালকালাইন মিকচার (alkaline mixture) ও

“কেপলারস্ মন্ট একট্রাক্ট উইথ পেপসিন এণ্ড প্যানক্রেটিন” ব্যবহার করিয়া কিছু উপকার পায়। গত কার্তিক মাস হইতে জ্বর আর হয় নাই, কিন্তু পূর্বেক্ত পেটের পীড়ায় রোগী একবারে শীর্ণকায় হইয়া গিয়াছে।

বর্তমান অবস্থা ৪—রোগীর দৈনিক ৫৭ বার পাংলা অজীর্ণ দান্ত হয়, বাস্পোদগার সহ পেটকঁপা, পেটকামড়ানী ইত্যাদি সবই আছে। আহারে অকচি, অনিদ্ৰা, আলস্ত, মাথা ঘোরা ইত্যাদি উপসর্গ বর্তমান। অধিকদিন পেটের পীড়ায় ভুগিয়া রোগী একবারে রক্তশূন্য হইয়া গিয়াছে।

নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম। যথা :—

১। Re.

সোডা সাইট্রাস ...	২০ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্ব ...	১৫ গ্রেণ।
গ্রাইকো থাইমোলিন ...	১ ড্রাম।
টাকাডারেটাস লিকুইড ...	১/২ ড্রাম।
একোরা মেসপিণ ...	এড্. আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ একমাত্রা। এরূপ আট মাত্রা।

প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

প্ৰত্যঃ ১ — মাছের খোল সহ পুরাতন চাউলের ভাত।

রাত্রে খোল ও চিড়ার জল।

১৫।১৬ দিন এইরূপ চিকিৎসার পর রোগী সারিয়া গেল। কিন্তু মাসখানেক পর হঠাৎ কম্পদিয়া অর হইল। দুইদিন অর ভোগ করিয়া আবার সেই পূর্বতন পেটের নীড়া স্বস্বীকৃতিতে দেখা দিল। পুনর্বার উপরোক্ত ঔষধ ১৫।২০ দিন সেবন করিতে দিলাম কিন্তু পেটের নীড়া কমিল না এবং ২।৪ দিন অন্তর একটু একটু (১০০) অর হইতে লাগিল। রোগী ক্রমশঃ দুর্বল হইতে লাগিল।

দেখিলাম রোগীর মীহাও বিবর্জিত হইয়াছে। রোগীকে কুইনাইন সেবন করিতে দিতে গেলে কি জানি অনিষ্ট হয়, এই কারণে পূর্বোক্ত ১নং মিশ্রণ এবং সপ্তাহে দুইবার ৫ গ্রেণ করিয়া এসিড কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ইঞ্জেক্সন দিতে লাগিলাম। ৩ দিন পরে রোগী আমাকে জানাইল যে, আর ঔষধ খাইবে না। কেননা, ঐ ঔষধে তাহার উপকার হইতেছে না, শুধু ইঞ্জেক্সন লইবে। অগত্যা মিশ্রণ বন্ধ করিয়া কেবল কুইনাইন এসিড হাইড্রোক্লোর ৫ গ্রেণ মাত্রায় ইঞ্জেক্সন দেওয়ার ব্যবস্থা করিলাম। ৬টা ইঞ্জেক্সনে ৩০ গ্রেণ কুইনাইন দিবার পর রোগী আবার বোধ ক্রমিতে লাগিল। আরও ৩০ গ্রেণ

কুইনাইন ইঞ্জেক্সন দেওয়ার পর দেখা মাসের মধ্যে রোগী রোগমুক্ত হইল বটে, কিন্তু মীহা সামান্য বিবর্জিত রহিয়াছে দেখা গেল। এই কারণে নিম্নলিখিত মিশ্রণ ও ঔষধ ব্যবস্থা করিয়া দিলাম। যথা :—

২। Re.

কুইনাইন বাই-হাইড্রোক্লোর ...	৩ গ্রেণ।
টিংচার নক্সডমিকা ...	৫ মিনিম।
একট্রাক্ট কালমেথ লিকুইড ...	১/২ ড্রাম।
একট্রাক্ট গুলক লিকুইড ...	১ ড্রাম।
টিংচার কলবা ...	১২ ড্রাম।
ক্লোরোকর্ম ...	এড্. ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ একমাত্রা। এরূপ আট মাত্রা।

প্রত্যহ দুইবার সেব্য।

এতদ্বিধ “ভানা টনিক” (“Vana” Tonic, B. W. Co.) ১ মোতল। ৪ ড্রাম মাত্রায় কিঞ্চিৎ জল সহ আহারের পরে সেব্য।

এক মাসকাল পূর্বোক্ত ঔষধ ২টা খাওয়ার পর রোগীর পেটে আর মীহা পাওয়া গেল না। আজ পর্যন্ত রোগী “ভানা টনিক” (“Vana Tonic”) খাইতেছে। রোগী এক্ষণে বেশ ভাল আছে।

অন্তঃস্বাদ্যঃ—এক্ষণে আমার বক্তব্য এই যে, আমার চিকিৎসিত রোগীটা বাস্তবিক ম্যালেরিয়ার দরূপ পেটের নীড়ায় ভুগিতেছিল কি না? এখানে বলা বাহুল্য যে, কুইনাইন ইঞ্জেক্সন দিবার আগে রোগীটিকে কুইনাইন খাইতে দিয়া বিপরীত ফল হইয়াছিল, কিন্তু ইঞ্জেক্সন দেওয়ার রোগীর অবস্থা ক্রমাগত ভালর দিকে বাইতেছিল।

আমি আশা করি, আমার সমব্যবসায়ী ভ্রাতৃবর্গ সুপ্রসিদ্ধ “চিকিৎসা-প্রকাশে” নিজ নিজ মতামত জানাইয়া আমাকে অনুগ্রহীত করিবেন।



ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী—Bacillary Dysentery.

লেখিকা—শ্রীমতী ললিতা দেবী M. D. (Hons)

H. L. M. P, M. H. C. P.

বাইওকেমিক ও হোমিওপ্যাথিক মেডি ডাক্তার

কলিকাতা

—:~:—

বর্তমানে চারিদিকেই ব্যাসিলারী ও ডিসেন্টেরী প্রবল ভাবে প্রকাশ পাইয়াছে। কলিকাতা সহরের ও সহরতলীর বিভিন্ন পল্লীতে এই পীড়ার প্রকোপ অত্যন্ত অধিক। দূষিত দ্রব্যপান অথবা অল্প কোনও কারণে এই পীড়ার দ্বারা সংক্রামিত হইয়া বহু শিশু অকালেই কালগ্রাসে পতিত হইতেছে। কলিকাতা কেন-বজের বহু পল্লীতেই বর্ষার প্রারম্ভে এই পীড়ার প্রাবল্য অত্যন্ত বৃদ্ধি পাইতে দেখা যায়। চিকিৎসা বিজ্ঞানেই বহুশিশু ইহাতে প্রাণত্যাগ করে। কখন কখন পীড়া নির্ণয় হইবার পূর্বেই অনেক রোগীর মৃত্যু হইতে দেখা যায়। এই রোগে শিশু ও পূর্ণ বয়স্ক ব্যক্তি উভয়েই সমভাবে আক্রান্ত ও অত্যন্ত সমর ন্যেই মৃত্যুমুখে পতিত হয়। ইহা সংক্রামক ব্যাধি; এবং এই পীড়া ব্যাপকরূপে প্রকাশ পায়। ইহার ভাবীফল

প্রায়ই অন্তঃ। এলোপ্যাথিক ডাক্তাররা অনেকে “সিরাম্” ইঞ্জেকসন দ্বারা চিকিৎসা করেন বটে, কিন্তু প্রায়ই ফল ভাল হয় না। পাশ্চাত্য চিকিৎসকগণ অধুনা সীরাম-চিকিৎসার উপর বিশেষ গাফিলত পান করেন না। আমি সম্প্রতি কতিপয় রোগীতে “সিরাম্” ইঞ্জেকসনের ফল লক্ষ্য করিয়াছি—অধিকাংশ স্থলেই বিশেষ কোন সুফল হইতে দেখি নাই। অল্পদিন হইল এলোপ্যাথিকে পরিত্যক্ত কতিপয় ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী রোগীর (শিশু রোগীই অধিক) চিকিৎসার সুযোগ আমি পাইয়াছিলাম এবং পরম কারুণিক পরবেশের দ্বারা ও মহাবতি স্থলারের পরলোকগত আত্মার আশীর্বাদে বাইওকেমিক চিকিৎসার গুণে প্রত্যেকটী রোগীই আরোগ্য লাভ করিয়াছে।

সম্ভাব্যগামী বঙ্গগণের নিকট আমার সাহসের নিবেদন, তাঁহারা যেন তাঁহাদের রোগীতে ইহার ফল পরীক্ষা করেন। আমার দৃঢ় বিশ্বাস তাঁহাদিগকে কোনও স্থানেই বিফল মনোরথ হইতে হইবে না।

ময়ী গুরু—ডাক্তার শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রকুমার দাশ এম্-বি, মহাশয়ের পাদমূলে বসিয়া আমি এই বাইওকেমিক বিজ্ঞান শিক্ষা করিয়া দেশের সাংঘাত উপকারে যে আমার ক্ষুদ্র সাধারণ নিযুক্ত কল্পিতে সক্ষম হইয়াছি, তজ্জন্ত উগবানিকে অসংখ্য ধন্যবাদ জ্ঞাপন করিতেছি। কার্যমনোবাঞ্ছা আর্থনা করি, বাইওকেমিক বিজ্ঞান গৃহে গৃহে প্রচারিত হউক। দীন বঙ্গবাসীর রোগ জালা স্থলভে ও সহজে নিবারিত হউক।

ক্লোগনিওলা ১:—নিম্নলিখিত লক্ষণাবলীর দ্বারা ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী নির্ণয় সহজসাধ্য হইতে পারে।

এই পীড়া হঠাৎ প্রকাশ পায় এবং প্রায়ই রোগীর কম্প, শিরঃপীড়া, বমন ও উদরাময় দেখা যায়। পীড়ার প্রথমাবস্থায় এই বমন ও উদরাময় দ্বারা ইহার সহিত ওলাউঠা রোগের ভ্রম হওয়া আশ্চর্য্য নহে। ওলাউঠা রোগীর চাউলখোয়া জলের মত মল এবং ঔদরিক কর্তনবৎ বেদনার অভাব দ্বারা এই পীড়ার সহিত পার্থক্য নির্ণয় করা যায়।

ছোট ছোট শিশুদের “গ্রীণ ডায়েরীয়া” বা সবুজ মল বিশিষ্ট উদরাময় এর সহিতও ইহার ভ্রম হইতে পারে। অজ্ঞাত লক্ষণ পর্যালোচনা করিয়া পীড়া নির্ণয় করিতে হইবে।

এই রোগের একটি প্রধান লক্ষণ এই যে—পীড়ার প্রথম অবস্থা হইতেই রোগী অত্যন্ত ক্লান্ত ও দুর্বল হইয়া পড়ে। এমন কি, পীড়া প্রকাশের প্রথম দিবসেই রোগী অত্যন্ত ক্লান্তি বোধ করে। পীড়ার প্রথম হইতেই সাংঘাত উত্তাপ বর্তমান থাকে। কখন কখন এই উত্তাপ ১০০—১০৪ ডিগ্রী পর্য্যন্ত উঠিয়া থাকে; তবে প্রায়ই ১০০ ডিগ্রীর অধিক হয় না। নাড়ীর গতি দ্রুত ও ক্ষীণ হয়।

পীড়া প্রকাশের পর রোগীর জিহ্বা অত্যন্ত মলাবৃত হয় এবং পীড়া বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে এই মল আরও পুরু হয় এবং জিহ্বা ফুলিয়া উঠে। এই সময়ে মুখের গহ্বর বহু সহকারে পুনঃ পুনঃ পরিষ্কার করিয়া না দিলে, মুখাভ্যন্তর দুর্গন্ধযুক্ত হয় এবং জিহ্বার মল গাঢ় পীতবর্ণের হয়।

রোগীর মলের সহিত ক্রমশঃ রক্ত ও শ্লেষ্মা (আম) দেখা যায় এবং তৎসহ পেটে অত্যন্ত বেদনা বর্তমান থাকে; রোগী সত্তরই শ্রান্ত ও অবসন্ন হইয়া পড়ে। মলের সহিত নির্গত রক্ত খাটী রক্তের ত্রায় ত্রাজা গুণগাঢ় রংএর হয়। কখন কখন কেবলমাত্র রক্ত বা রক্ত ও আম নির্গত হয়। রোগী দিবসে ৩০।৪০ বার পর্য্যন্ত মলত্যাগ কল্পিতে পারে। কখন কখন পীড়া সাংঘাতিক প্রকারের হইলে, রোগী কয়েকবার মাত্র মলত্যাগ করিয়াই ক্লান্তি বশতঃ হঠাৎ মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

ভাবীফল ১:—এই পীড়ার ভাবীফল অত্যন্ত অশুভ। শিশু ও বৃদ্ধের ইহাতে অধিক মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

কারণ ১:—বাইওকেমিক বিজ্ঞানমতে দেহ মধ্যস্থ পেটাসিয়াম ক্লোরাইড, সালফেট অব্ ক্যালশিয়াম, ফসফেট অব্ ম্যাগনেশিয়াম এবং পোটাসিয়াম ফসফেট নামক বৈধানিক লবণ সমূহের হ্রাস বা অভাব হইয়াই এই রোগের উৎপত্তি হয়। এক্ষণে কোনও উপায়ে এই সকল বৈধানিক লবণের পুনঃ পূরণ করিতে পারিলেই পীড়ার উপশম হয়।

এই সম্পর্কে আর একটি কথা বলিলে বোধ হয় অপ্রাসঙ্গিক হইবে না; প্রজ্জ্বল ডাঃ নরেন বাবুর নিকট শুনিয়াছিলাম, এলোপ্যাথিক মতে এই রোগের যত্নরক্ষা চিকিৎসা আছে তন্মধ্যে নাকি অন্ন মাত্রায় “ম্যাগ সালফ” ও “সোডা-সালফ” পুনঃ পুনঃ প্রয়োগই উৎকৃষ্ট চিকিৎসা। মাননীয় নরেন বাবু বলেন যে, এই ম্যাগ সালফ এর মধ্যে ম্যাগ্‌ফস্ ক্যালকেরিয়া সালফ এর এবং সোডা সালফের মধ্যে নেট্রাম্ সালফ এর হৃদয় অংশ সমূহ বর্তমান আছে—সেইজন্ত উহার ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরীতে স্বকল প্রদান করে।

চিকিৎসাঃ—আমি এই রোগে নিম্নলিখিত (৫) কেলি ফস্ :—শক্তি ৬x।

ঔষধ কয়েকটা ব্যৱহার করিয়া আশীতীত উপকার পাইয়াছি।

(১) ক্যালকেরিয়া সাল্ফ্ :—শক্তি—৩x, ৬x, ১২x।

ইহা এই পীড়ার একটা উৎকৃষ্ট ঔষধ। এই রোগের সর্ব অবস্থাতেই ইহা ব্যবহার্য। বিশেষ ভাবে—যখন রোগীর মলে প্রচুর পরিমাণে গ্লেয়া, আম ও রক্ত বর্তমান থাকে। আমি সর্ব অবস্থাতেই ইহার ৬x শক্তিই ব্যবহার করি। কিন্তু অনেকে ৩x ও ১২x শক্তিও ব্যবহার করিয়া থাকেন।

(২) ক্যালকেরিয়া ফস্ :—শক্তি ৩x, ৬x, ৩০x।

এই পীড়ার প্রথমাবস্থায় যখন প্রচুর তরলভেদ হইতে থাকে, তখন ক্যালকেরিয়া ফস্ ৩x শক্তি অনেক স্থলে মস্তুর মত কার্য্য করিয়া থাকে। সর্বপ্রকার উদরাময়েই ডাঃ নরেন বারু ক্যালকেরিয়া ফস্ ৩x শক্তির বহুল প্রাংশ্য করিয়া থাকেন। আমি নিজে ইহার সঙ্কোচক শক্তি দেখিয়া মুগ্ধ হইয়াছি।

রোগান্ত-দৌর্বল্য নাশার্থ শিশুদিগকে ক্যালকেরিয়া ফস্ ৬x এবং বৃদ্ধদিগকে ৩০x প্রত্যহ ২৩ মাত্রা দিলে সমুহ উপকার হয়।

(৩) ফেরাম্ ফস্ :—শক্তি—৩x, ৬x।

অর, মলে টকটকে লাল রক্ত, বমন, পুনঃ পুনঃ ভেদ লক্ষণে ফেরাম্ ফস্ উৎকৃষ্ট ঔষধ। পীড়ার সর্ব অবস্থাতেই ইহার ২৩ মাত্রা দেওয়া ভাল।

আমি সাধারণতঃ ৬x শক্তিই ব্যবহার করি। পীড়ার অবস্থা বিশেষে ৩x হইতে ৩০x পর্য্যন্ত ব্যবহার হয়।

(৪) কেলিমিউর :—শক্তি—৩x, ৬x, ১২x।

সর্বপ্রকার আমাশয় পীড়ার ইহাই প্রেষ্ঠ ঔষধ। সর্ব অবস্থাতেই ইহা ব্যবহার্য।

আমি ৬x শক্তি ব্যবহার করি। ৩x ও ১২x শক্তিও অবস্থা বিশেষে ব্যবহার হয়।

প্রাৰণ—৬

মলে প্রচুর গাঢ় লাল রক্ত বর্তমানে এবং—রোগী দুর্বল ও ক্লান্ত বোধ করিলে ইহাপেক্ষা ভাল ঔষধ আর নাই। মলে রক্ত বর্তমান থাকিলেই, কেলি ফস্ এর কথা স্মরণ করিবে।

রোগী দুর্বল হইয়া পড়িলে অবসাদ নাশার্থ এবং উত্তেজক ঔষধরূপে কেলি ফসের মত দ্বিতীয় ঔষধ আর নাই। ইহার ৬x উৎকৃষ্ট উত্তেজক। ৩x ও ৩০x ও ব্যবহৃত হয়—তবে খুব কম।

(৬) নেট্রাম সাল্ফ্ :—শক্তি ৩x, ৬x।

এই পীড়ায় নেট্রাম সাল্ফ্ ও খুব ভাল ঔষধ। বিশেষতঃ উদরে কঠনবৎ বেদনা, শিশুদের সবুজবর্ণ মল ইত্যাদি লক্ষণে ইহা একটা উৎকৃষ্ট ঔষধ।

প্রথমে ৩x শক্তির ঔষধ দিবে—কল না হইলে ৬x শক্তি ব্যবহার্য।

(৭) ম্যাগ ফস্ :—শক্তি ৩x, ৬x।

সর্বপ্রকার আমাশয়েই ইহা ব্যবহার্য। বিশেষতঃ পেটে অসহ্য যন্ত্রণা এবং মলে আম ও রক্ত বর্তমান থাকিলে ইহা নিশ্চয়ই দিবে। ২৩ মাত্রাতেই ওদরিক যন্ত্রণার উপশম হইয়া থাকে।

প্রথমে ৩x দিবে; উপকার না হইলে ৬x বা আরও উচ্চশক্তি ব্যবহার্য।

মলের সহিত অজীর্ণভূক্ত পদার্থ থাকিলে, অথবা মলে অল্প গন্ধ বর্তমান থাকিলে, মুত্রত্যাগ না হইলে, নেট্রাম ফস্ ৬x বা ৩x ব্যবহার আবশ্যক হয়। আবার অরীয় উত্তাপ অত্যন্ত বৃদ্ধি পাইলে, উহা হ্রাস করিবার জন্ত অথবা বৈকালের দিকে পীড়ার বৃদ্ধি অল্পমিত হইলে, কয়েকমাত্রা কেলি সাল্ফ্ দিবারও আবশ্যক হইতে পারে।

ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরীতে আমি সাধারণতঃ ক্যালকেরিয়া সাল্ফ্, ফেরাম্ ফস্, কেলি মিউর, কেলি ফস্, ম্যাগ ফস্ ও নেট্রাম সাল্ফ্ একত্রে মিশ্রিত করিয়া প্রথমতঃ

এক পুরিয়া অর্ধঘণ্টান্তর—অতঃপর ২১৩ ঘণ্টান্তর সেবন
করি।

Re.

ক্যালকেরিয়া সালফ	৬x
ফেরাস্ ফস্	... ৬x
কেলি মিউর	... ৬x
কেলি ফস্	... ৬x
ম্যাগ্ ফস্	... ৩x
নেট্রাম্ সাল্ফ	... ৩x

পথ্যাদি :- পানার্থ প্রচুর পরিমাণে বিশোধিত
জল, মোড়া ওয়াটার, ডাবের জল (ইহাই ইংকুইট
মীর), টাটকা বোল (মাখন ভোলা), ছানার জল
লবু দিয়া ছানা কাটাইয়া), পাংলা বালীর জল ইত্যাদি।
ভিত্তিকৈ বালীর জল দেওয়া উচিত নহে। এই রোগে—
হরলিক্স মলটেড মিঙ্ক (Horlicks malted milk)
হুইট পথ্য। ইহা শীতলজলে প্রস্তুত করিয়া প্রযোজ্য।
হাতে সঘর বনন নিবারিত হয়, মলত্যাগ হ্রাস পায় এবং
শরীর বল বৃদ্ধি হইয়া থাকে। খুব পাতলা করিয়া ইহা
ভুক্ত করা কর্তব্য।

প্রত্যেক ঔষধ ১/২ গ্রেণ পরিমাণে লইয়া একত্রে এক
মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা।

প্রথম ৪ মাত্রা অর্ধ ঘণ্টান্তর; অতঃপর বাকী ৪ মাত্রা
ঔষধ ২ ঘণ্টান্তর সেবনের উপদেশ দিলাম।

এতদ্বির ১৫ সি, সি, পরিমাণ রি-ডিউল্ড ওয়াটারের
এম্পুল আনিয়া ভাঙ্গিয়া উহা হইতে কিঞ্চিৎ পরিমাণ
জল লইয়া প্রতি ১৫—৩০ মিনিট অন্তর এক একবার পান
করাইতে বলিলাম। শিশুকে খুব পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন
রাখিতে বলা হইল এবং পেটে এক টুকরা ক্লানেল বাঁধিয়া
রাখিতে বলিলাম।

পথ্যাদি :- পূর্ববৎ মাতৃস্তন।

একটি চিকিৎসিত রোগীর বিবরণ
এস্থলে উল্লিখিত হইল
রোগী :- একটা ৫৬ মাস বয়স্ক শিশুকন্তা।
৩৪টা এপ্রেল (১৯৩০) এই মেয়েটিকে দেখিবার জন্ত
আমি আহৃত হই।

পূর্ব ইতিহাস ও বর্তমান অবস্থা :-
মাতঃ পুনঃ ২১৩ বার উদরাময়ে ভুগিবার পর—৪৪তম
দিন হইল (২৪রা এপ্রেল) জর ও তৎসহ আশাশয়
লক্ষ্য দিয়াছে। দান্তের সহিত প্রচুর পরিমাণে রক্ত,
মায় ও সবুজবর্ণ মল বর্তমান আছে। শিশুটির স্বাস্থ্য
রূপ ভাল—কেবলমাত্র মাতৃস্তনই পান করে। পেটে
দুঃসহ বৃদ্ধি আছে। কারণ, থাকিয়া থাকিয়া খুব কাঁদিয়া
ঠঠে; আর বেশ তৃষ্ণাও আছে দেখিলাম।

দিনেরান্তে ১২/১৪ বার মলত্যাগ হয়। বড় বড়
প্রলোপ্যাধিক ডাক্তারেরা—মল পরীক্ষা করিয়া
‘ব্যাঙ্গিলারী ডিসেণ্টেরী’ বলিয়া মত প্রকাশ করিয়াছেন।
ইহাদের মধ্যে একজন উদার মতাবলম্বী বিলাত ফেরত
ডাক্তার হোমিওপ্যাথিক মতে চিকিৎসা করাইতে উপদেশ
দিয়া আমার নাম করিয়াছেন।

আমি আহৃত হইয়া রোগীর উল্লিখিত অবস্থা দেখিয়া,
নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

ইহার পর আর ঔষধ পরিবর্তন করি নাই। অতঃপর
২১৩ দিন উক্ত ঔষধ প্রত্যহ ৪ বার করিয়া এবং পরে
কিছুদিন পর্যন্ত ৮ বার করিয়া দিয়াছিলাম। ভগবানের
দয়ায় আর কোনও ঔষধ দেওয়ার প্রয়োজন হয় নাই।
ঐ পরিবার মধ্যে বাইওকেমিকের জয় জয়াকার
পড়িয়া গেল।

এইরূপ আরও কয়েকটি রোগী বাইওকেমিক ঔষধের
গুণে গ্রাণ ফিরিয়া পাইয়াছে।

বাইওকেমিক চিকিৎসায় অভিজ্ঞতা সম্বন্ধে কয়েকটি কথা

লেখক—ডাক্তার শ্রীমন্মথকুমার দাস M. D. (Chem Bios)

M. R. I. P. H. (Eng).

—:~::~:—

এবার কয়েক দিন আগে কোনও কার্যোপলক্ষে আমাকে বরিশাল বাইতে হইয়াছিল। সেখানে তত্ত্বা প্রবীণ প্রতিষ্ঠান চিকিৎসক প্রদেয় ডাক্তার শ্রীযুক্ত কাশীধর চক্রবর্তী মহাশয়ের সহিত আমার সাক্ষাৎ হইয়াছিল। তাঁহার সহিত চিকিৎসা-প্রকাশ পত্রিকা সম্বন্ধে বিবিধ আলোচনা হইল। তিনি ঐ স্থানে অস্থায়ী ৩৬ বৎসর বাবৎ চিকিৎসা ব্যবসায় করিয়া আসিতেছেন। তিনি সেখানকার একজন লক্ষ্যপ্রতিষ্ঠ এলোপ্যাথিক চিকিৎসক এবং চিকিৎসা-প্রকাশের একজন গোড়া ভক্ত। দেখিয়া আনন্দ হইল যে ইনিও সম্প্রতি বাইওকেমিক চিকিৎসা আরম্ভ করিয়াছেন এবং এই চিকিৎসায় ইহার প্রকা ক্রমশঃ বৃদ্ধি পাইতেছে। চিকিৎসা-প্রকাশে প্রকাশিত আমার ও শ্রীমতী লতিকা দেবীর লিখিত প্রবন্ধের প্রতি কাশীধরবাবুর দ্বারা একজন বিচক্ষণ চিকিৎসকেরও যে মনোযোগ আকৃষ্ট হইয়াছে, তজ্জন্ত আমাদের প্রম সার্থক বোধ করিতেছি এবং চিকিৎসা-প্রকাশের গৌরব বৃদ্ধির জন্য ভগবানকে ও ইহার সুযোগ্য সম্পাদক মহাশয়কেও অসংখ্য ধন্যবাদ জ্ঞাপন করিতেছি।

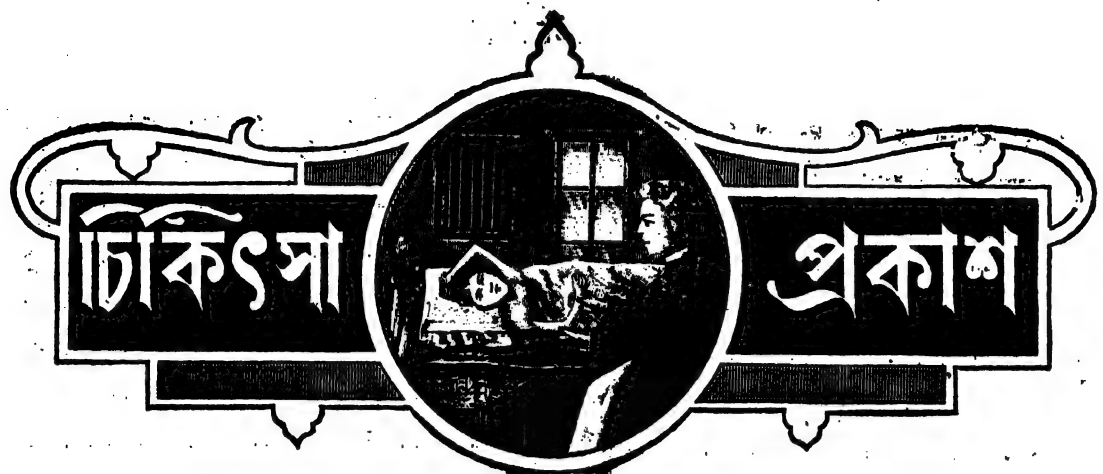
তিনি আনন্দ হইল যে, অত্যন্ত সময় মধ্যেই কাশীধর বাবুর বিচক্ষণতায় ও বাইওকেমিক চিকিৎসার গুণে বহু রোগ কাতর, যত্নাপথ-বঞ্চিত রোগীর গৃহে নব জীবন সঞ্চারিত হইয়াছে ও হইতেছে।

গল্পছলে তিনি বলিলেন যে—“এক ক্যালকেরিয়া সাল্ক ও ম্যাগ্ ফস্ দ্বারা তিনি বহু ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী রোগী সুস্থরভাবে এবংসর আরোগ্য করিয়াছেন—কোন স্থানেই তাঁহাকে বিকল মনোরথ হইতে হয় নাই। আর একটা আশ্চর্য রোগীর কথা তিনি বলিলেন; একদিন তাঁহার অনেক আত্মীয়ের পায়ে খেজুর কাটা ফুটিয়া যায়। খেজুরের কাটা ফুটিলে প্রায়ই ঐ স্থান বিবাক্ত হইয়া উঠে এবং অল্প স্থান দিয়া পাকিয়া কাটা

বাহির হয়। উক্ত ভদ্রলোকটা কাটা বাহির করিতে পারিয়া কাশীধর বাবুর নিকট আসেন। ইনিও কাটাটা কোথায় বিদ্ধ হইয়া আছে তাহা ঠিক বুঝিতে পারিলেন না আর আত্মীয়গণও উহা অল্প প্রয়োগে বাহির করিতে অস্বীকৃত। যে স্থানে কাটাটা ফুটিয়াছিল, সেস্থান অল্প সময়ের মধ্যেই ফুলিয়া উঠিয়াছিল। কাশীধরবাবু প্রথমতঃ ঐ স্থানে ১০।১৫ মিনিট কাল বোরিক কন্সেন্ট্রেশন, অতঃপর ৪টা পুরিয়া “সাইলিশিয়া ৩০x” দিয়া প্রত্যেক মাত্রা ২।৩ ঘণ্টান্তর সেবন করিতে দেন। আশ্চর্য্য বিষয়—পরদিন দেখা গেল যে, স্থানিক ফুলা আদৌ না এবং যে স্থান দিয়া কাটা ফুটিয়াছিল, ঠিক ঐ স্থানেই কাটা কতক অংশ বাহির হইয়া আছে; অতঃপর ঐ অংশটা বাকি টানিতেই কাটাটা বাহির হইয়া আসিল। তাঁহার আর কোনও অসুবিধা হয় নাই। ঐরূপ আরও একটা কাটা তিনি “সাইলিশিয়া ৩০x” দিয়া বাহির করিয়াছেন। আশ্চর্য্য চিকিৎসা বটে। ইহা অভিজ্ঞতার কথা, কোনও পুস্তকের লেখা কথা নহে; কাজেই অবিশ্বাস করিবার কিছুই নাই।

ইহা ছাড়া কাশীধরবাবু বলিলেন যে, তিনি বাইওকেমিক চিকিৎসায় বহু ফেরিফাইটিস, ওলাউরা ইত্যাদি দুঃসাধ্য পীড়াও আরোগ্য করিয়াছেন। প্রথম বৈদ্য ইনি কেলি ফস্ ২x ও ৩x এর বহু প্রয়োগ করিলেন। আরও বলিলেন যে, কেলি ফস্ দ্বারা ২।৩ ঘণ্টা মধ্যে প্রসব কার্য্য সুসম্পন্ন না হইলে, ঐ প্রসূতির বিপর্য্যে সে কিছতেই প্রসব হইবে না; বাধাবির বিহীন বিলম্বিত প্রসবে কেলি ফস্ অব্যর্থ ওষধ; ইহাও তাঁহার বহু স্থলের পরীক্ষিত অভিজ্ঞতা।

আমরা প্রদেয় কাশীধর বাবুকে তাঁহার ৩৬ বৎসর অভিজ্ঞতা লক্ষ্য এলোপ্যাথিক ও বাইওকেমিক চিকিৎসা ফলাফল চিকিৎসা-প্রকাশে প্রকাশ করিতে অনুরোধ করিতেছি।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২০শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল-আরম্ভ

৪র্থ সংখ্যা

বিবিধ রোগের প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ ঔষধ

লেখক-ডাঃ ত্রিপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ-ভূগলী

(পূর্বে প্রকাশিত ৩য় সংখ্যার (আঘাট) ১৬৪ পৃষ্ঠার পর হইতে)

(৯১) বাঘে কামড়াইলে- লিডাম্ :

আজ-তিন বৎসর হইল মহানাদে একটা বাঘ আসিয়াছে। সূর্যাস্তের সঙ্গে সঙ্গে অরণ্য মধ্য হইতে তাহার ডাক শুনিতে পাওয়া যায়। মহানাদ ও নিকটবর্তী গ্রাম সমূহের অনেকেই বাঘুর, ছাগল প্রভৃতি মারিতেছে, তথাপি অনেকেই বাঘ আসিয়াছে বলিয়া বিশ্বাস করেন না। কোন বদমাইন লোক কৃত্রিম উপায়ে বাঘের স্থায় লক্ষ করে ও তাহারাই ছাগল, বাঘুর চুরি করে, ইহা বলিয়া উপহাস করিয়া থাকেন।

কিন্তু বিগত ৮ই চৈত্র দিবা দুই প্রহরের সময় মহানাদের পার্শ্ববর্তী পাটনা গ্রামের কুমিরা পুকুরিণীর ধারে দুর্গা সাঁওতাল নামক একব্যক্তি কোন কারণে গেলে তথাকার জঙ্গল হইতে একটা ব্যাঘ্র ছুটিয়া আসিয়া তাহাকে আক্রমণ করে, দুর্গা থানিকটা জলে নামিয়া পড়ে, তথাপি ব্যাঘ্র নিকটস্থ হইলে সে তাহার দুইটি হাত ধরিয়া ফেলে, বাঘ তাহার দক্ষিণ হস্তের কনুয়ের উপরে কামড়াইয়া ধরে। অনন্তর বাঘের কামড়ে উহার হস্ত অবশ হইয়া যাওয়ার

উপক্রম হইলে ব্যাঘ্রকে সঙ্গেরে জলে ফেলিয়া দেয়; বাঘটা আর তাহাকে আক্রমণ না করিয়া তীরে উঠিয়া বনের মধ্যে পলায়ন করে। ইত্যবসরে আরও কয়েকজন সাঁওতাল সেখানে উপস্থিত হয় ও দুর্গাকে বাড়ী লইয়া যায়।

বাঘের কামড়ে তাহার দষ্ট স্থান হইতে প্রচুর রক্ত পড়িতে থাকে, হাত ভীষণ ফুলিয়া উঠে ও জ্বর হয় এবং যাহা কিছু খায় তাহা পেটে থাকে না, তৎক্ষণাৎ বমি হইয়া যায়। রাত্রে ভুল বকে কেহ কেহ বলে যে, বাঘের জ্বর শব্দ করে।

অতঃপর সাঁওতালদের নিয়মানুসারে ওঝা (সাঁওতাল চিকিৎসক) আসিয়া তাহাদের প্রণামত ভূত ছাড়াইয়া যায়। (তাহারা বলে যে, বাঘেরও দেবতা আছে)। কিন্তু ভূত ছাড়াইয়া এবং বাঘের দেবতার সন্তোষ বিধান করাইয়াও কোন উপকার হইল না। অবশেষে ৪ই চৈত্র শুক্রবারে আমাকে ডাকে।

সাঁওতালরা সহজে কোন চিকিৎসকেব ঔষধ খায় না। তবে এলোপ্যাথিক ঔষধ অপেক্ষা তাহাদের মধ্যে হোমিওপ্যাথির প্রচার অধিক হইয়াছে। হোমিওপ্যাথিক ঔষধের পরিমাণ অত্যন্ত কম ও তাহার উপকারিতাও অত্যন্ত অধিক, ইহা তাহারা বেশ বুঝিয়াছে এবং ওঝা দ্বারা আরোগ্য না হইলে, হোমিওপ্যাথিক ঔষধ খায়। বিশেষতঃ, আমি সাঁওতালি ভাষা জানি বলিয়া [আমার প্রণীত “সাঁওতালী ভাষা” নামক সাঁওতালী ভাষা শিখিবার পুস্তক আছে] আমার সহিত তাহাদের ঘনিষ্ঠতা বেশী এবং প্রকার সহিত উহারা আমার ঔষধ খাইয়া থাকে। ইতিপূর্বে বৈচি গ্রামের সত্য নামক এক সাঁওতাল ছাত্রও কিছুদিন আমার নিকটে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা শিক্ষা করিয়াছে।

যাহা হউক আমি বাইয়া দেখিলাম (তখন বেলা ৫টা)— দুর্গার দক্ষিণ বাহুর উপরিভাগে বাঘের উপরের দাঁত দুইটি ও নীচের দিকে নীচের দাঁত একটি রীতিমত বিদ্ধ হইয়াছিল; সেই তিন স্থানে প্রায় এক ইঞ্চি পরিমাণ ক্ষত হইয়াছে। ক্ষতস্থান কয়েক স্থানে ও দাঁতের দাগ আছে, তাহার একটি

ব্যতীত অন্যান্যগুলিতে পূঁজ হয় নাই। বাম ক্রুর নিকট ও বাম হস্তে বাঘের নখের আঁচড় লাগিয়াছিল। সেখানেও পূঁজ হয় নাই। হাতের দস্তবদ্ধ স্থানে শোঁষ হইয়াছে; ৪।৫ ইঞ্চি দূর হইতে টিপিলে ক্ষত-স্থখ দিয়া প্রচুর পূঁজ বাহির হয়। দক্ষিণ হস্তের বাহুমূল হইতে অঙ্গুলী পর্যন্ত ফুলিয়াছে, ঐ হস্তে ফুলার জন্ত নাড়ীর স্পন্দন পাইলাম না। গাত্রোত্তাপ ১০১, সর্বদাই জ্বর আছে, রাত্রে বেশী হয়। কিছু খাইতে পারে না, খাইলেই বমি হয়। এ পর্যন্ত একদিনও ঘুম হয় নাই। বাত্রে হয় না, ৩।৪ দিন পর একবার হইয়াছিল, আবার ৩।৪ দিন হয় নাই। দুর্গা বলিল—বাঘটা বড় কুকুর অপেক্ষাও একটু বড়, গায়ে কাল ডোরা ডোরা দাগ আছে।

আমি বাঘে কামড়ান কোন রোগীর চিকিৎসা কখনও করি নাই এবং তাহার যে কি ঔষধ, তাহাও স্পষ্টভাবে কোন পুস্তকে পাঠ করি নাই। একটা প্রবাদ জানি—“বাঘে ছুলে আঠার ঘা”।

শিয়াল কুকুরে কামড়াইলেও বিষাক্ত হয়, তেমনই বাঘের দাঁতে ও নখেও বিষ আছে; তাই ‘আঠার-ঘা’ হয়। শিয়াল কুকুর ক্ষেপিলেই কামড়ায়—তাহার বিষও স্বতন্ত্র রকমের, ঔষধও স্বতন্ত্র। কিন্তু বাঘ ক্ষেপে না, স্বভাবতঃই তাহার হিংস্র প্রকৃতির, কামড়ানই তাহাদের স্বভাব; সুতরাং তাহার ঔষধও অল্প রকম, অর্থাৎ ক্ষেপা শিয়াল কুকুরে কামড়ানর ঔষধ, বাঘের কামড়ে ব্যবহৃত হইতে পারে না। তীক্ষ্ণ অগ্রবিশিষ্ট নুচ, কাঁটা, কঞ্চি এবং অন্যান্যদির খোঁচা, মোমাছি বোলতা, ভীমরুল প্রভৃতির হলভেদ, অথবা বিছা, ইঁদুর প্রভৃতির দংশনে “লিড্রাক্স” বহু পরীক্ষিত অব্যর্থ ঔষধরূপে ব্যবহৃত হয়; কিন্তু ব্যাঘ্রের তীক্ষ্ণ দস্তাদাতও সেই প্রকার অজ্ঞান করিয়া “লিড্রাক্স” দিতে মনস্থ করিলাম।

ক্ষতস্থানের শোষণের অবস্থা দেখিয়া অপারেশন বা অন্ত্র করার কথা মনে হইল। এমন কি, হস্তটাকে য়াস্পুটেশন বা বাদ দেওয়াও আবশ্যক হইতে পারে এরূপ সন্দেহ হইল। এই প্রকার অবস্থায় অপারেশন

ও য়াপ্পুটেশনের ভয় নিবারণার্থে অর্থাৎ শোষ আরোগ্য করিবার জন্ত “সাইলিসিসিহ্রাকেক্ত” অত্যাবশ্যক ঔষধ বলিয়া মনে হইল।

তৃতীয়তঃ, ক্ষতে দুর্গন্ধ আছে, পচিয়া খাইতেও পারে, সেজন্ত বাহ্যিক প্রয়োগের জন্ত “ক্যালেন্ডুল্লা মাদার” ক্ষতের উপরে দেওয়াও আবশ্যক মনে করিলাম।

এদিকে অন্ন বিধানী সাঁওতাল রোগী, যদিও আরোগ্য হইতে ১৫২০ দিন লাগিবে বলিলাম, তথাপি ৫৭ দিনের বেশী চিকিৎসাধীন থাকিবে না—ইহা নিশ্চয়। সুতরাং ডাঃ ভ্রাসের উপদেশানুযায়ী পর্যায়প্রণয়—একটা ঔষধ কয়েক দিন সেবনের পর অল্প ঔষধ প্রয়োগ করা সুবিধাজনক হইবে না বিবেচনায়—নিম্নলিখিত প্রকারে যুগপৎ ঐ তিন প্রকার ঔষধই প্রত্যহ ব্যবহার করিবার ব্যবস্থা করিলাম।

অল্প প্রথমে “লিডাম ৬” একবার, রাত্রে “সাইলিসিসিহ্রাকেক্ত ২০০” একবার, এবং কল্যা দিবসে “লিডাম” ৩ বার ও রাত্রে “সাইলিসিসিহ্রাকেক্ত” একবার খাইবার জন্ত দিলাম। হাতের ক্ষতস্থান নিমপাতা সিদ্ধ গরম জল দ্বারা ধোত করিয়া উষ্ণ গব্য ঘূতের পটি সহ “ক্যালেন্ডুল্লা মাদার” এক ফোঁটা হিসাবে সকল ক্ষতস্থানে দিতে বলিলাম ও প্রত্যহ ৪।৫ বার উক্ত নিমপাতা সিদ্ধ জল দ্বারা ধোত করিয়া পটি বদলাইয়া দিতে বলিলাম। পটির উপর সেই

মাগের কচি কলাপাতা দিয়া, তাহার উপর ছাকড়ার ব্যাণ্ডেজ বাধিতে পরামর্শ দিলাম।

সাঁওতালেরা অত্যন্ত মাংসাশী এবং যে কোন পীড়াই হউক না কেন, ভাত খাইবেই। আমি ভাত খাইতে বলিলাম কিন্তু মৎস্য, মাংস, গুড় ও অন্ন খাইতে নিষেধ করিলাম এবং প্রথমে খাইবার সময় ভাতের সহিত উষ্ণ গব্য ঘূত খাইতে বলিলাম।

১৬ই চৈত্র—অল্প সংবাদ পাইলাম যে, গত রাত্রে একটু ঘুম হইয়াছে, অল্প প্রাতে জ্বর নাই। বাহ্যে হইয়াছে, পূঁজ কম, হাতের ফুলাও কম গতকল্য ভাত বা কোন খাদ্য বমি হয় নাই। অল্পও পূর্ববৎ, দিনে তিনবার “লিডাম” এবং রাত্রে একবার “সাইলিসিসিহ্রাকেক্ত” ব্যবস্থা করিলাম।

১৯শে চৈত্র (৬ষ্ঠ দিনে)—অল্প দেখিলাম, রোগীঃ অবস্থা খুব ভাল। প্রত্যহ বাহ্যে হইতেছে, ঘুম হইতেছে, ক্ষুধা খুব, বমি একবারও আর হয় নাই। ঘায়ের চতুষ্পার্শ্বে টিপিলে পূঁজ বাহির হয় না, পটিতে সামান্য পূঁজ লাগে মাত্র, ক্ষত স্থান রক্তবর্ণ হইয়াছে, হাড়ের ফুলা বা বেদনা কিছুমাত্র নাই। আজ কোন ঔষধ না দিয়া কেবল অনৌষধি পুরিয়া দেওয়া হইল।

রোগীর এই প্রকার অসম্ভব আরোগ্য সমাচার আমার ন্যায় সকলকেই আশ্চর্য্যাদিত করিয়াছিল। ইহা কল্পনা জাল নহে—কুহকী হোমিওপ্যাথির ইজ্জত।

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক মতে অস্ত্র চিকিৎসা

লেখক—ডাঃ শ্রীনীলগোপাল দত্ত B. A. M. D (Homœo)

কৈলা, ত্রিপুরা

উল্লিখিত প্রবন্ধের নামের দিকে প্রথম দৃষ্টিপাতেই হয়তো কেহ কেহ নাসিক। কুঞ্চিত করিয়া বলিবেন—“হোমিওপ্যাথি ও বাইওকেমিক্সিতে আবার অস্ত্র-চিকিৎসা কি?” যাহারা এরূপ মন্তব্য প্রকাশ করিবেন, তাহাদিগকে আমরা বিন্দুমাত্রও দোষারোপ করিতে পারি না। কারণ, অনেক শিক্ষিত লোকও অহুমান করিয়া থাকেন যে, হোমিওপ্যাথিক মতে অস্ত্র চিকিৎসা নাই—সাধারণ নাকের তো আর কথাই নাই। তাই যখনই কাহারও কোন ফোঁড়া হয়, কুচুকাই বা বগল ফুলে অথবা হার্নিয়া (অস্ত্রবৃদ্ধি) হয়, তখনই তাহাকে কোনও অস্ত্র-চিকিৎসাভিজ্ঞ এলোপ্যাথিকের নিকট যাইতে দেখা যায়। হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক শাস্ত্র সম্বন্ধে সর্বসাধারণের নিতান্তই জ্ঞানের অভাব যে, ইহার একমাত্র কারণ; তাহাতে আর অহুমানও সন্দেহ নাই। এতদ্ব্যতীত, আর একটা বিষয় এখানে প্রাধান্যযোগ্য। দেশের প্রায় বারখানা হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকই সাধারণ কয়েকখানা পুস্তকপাঠে চিকিৎসক হইয়া বসেন। এনাটমি (Anatomy) ফিজিওলজি (Physiology)র জ্ঞান তাহারা কখনও মাথা ঘামাইতে প্রস্তুত নহেন। দেহের কোন্ অংশে কোন্ যন্ত্র আছে—কোন্ কোন্ অংশের কি কি ক্রিয়া—হাতে, পায়ে, বুকে, কোথায় কয়টা অস্থি, শিরা, ধমনী ও স্নায়ু আছে—শরীরে তাহাদের কি উপযোগিতা আছে, এবং প্রত্যেক চিকিৎসকেরই যে এই নরনারীর বিধান তব্বের বিষয় (ফিজিওলজি সংক্রান্ত বিষয়) সমূহ জানা একান্তই দরকার, তাহা একবারও মনে করেন না। সেদিন শবব্যবচ্ছেদাগারের (Dissection hall) আমার একখানা ফটো দেখিয়া জনৈক ভদ্রলোক বলিয়া উঠিয়াছিলেন—“এটা,

আবার কি? আপনারাও যে আবার মরা কাটা চিরা করিতে আরম্ভ করিয়াছেন।” আমরা অনেক সময় দেখিতে পাই—অস্ত্রোপচার করাইবার প্রয়োজন যখন লোকে বোধ করে, তখন তাহারা হোমিওপ্যাথির নিকট কখনও আসে না; কেহ কেহ এই সম্পর্কে হোমিওপ্যাথিদের উপর এত বিরক্ত যে, উপযুক্ত অস্ত্র-চিকিৎসকের অভাবে তাহারা নাপিত-বৈষ্ণব (?) নরক কিংবা ক্ষুরের ধারে অস্ত্র করাইবেন তথাপি হোমিওপ্যাথির নিকট কখনও আসিবেন না।

যাহা হউক, হোমিওপ্যাথের এই দূরপন্থে কলঙ্ক অপনোদনের জন্ত কিছুদিন হইল, কলিকাতা এবং ভারতবর্ষের অন্যান্য কতিপয় স্থানে কয়েকটা হোমিওপ্যাথিক কলেজ খোলা হইয়াছে। তাহাতে এনাটমি (Anatomy), ফিজিওলজি (Physiology) পড়ান হয়, মৃতদেহ ব্যবচ্ছেদ (Dissection) প্রভৃতি ভালরূপে ও সূচাৰূপে শিক্ষার ব্যবস্থা আছে। ছাত্রগণ ইচ্ছা করিলে অস্ত্রচিকিৎসা বিজ্ঞানও ভাল করিয়া শিখিয়া আসিতে পারেন।

কাহারও কাহারও মত—মহাত্মা হ্যানিম্যান হোমিওপ্যাথিদিগের জ্ঞান অস্ত্রচিকিৎসা-বিজ্ঞান শিক্ষার কিংবা অস্ত্রধারণ করার কথা কোথাও বলেন নাই। কিন্তু তাহার অর্থ এই নয় যে, হোমিওপ্যাথিতে অস্ত্রচিকিৎসা একেবারে নিষিদ্ধ। তবে জানা যায় যে, মহাত্মা হ্যানিম্যান স্বয়ং এবং তাঁহার মতামুবর্তী কতিপয় শিষ্য গুণু ওষধ প্রয়োগেই অস্ত্রসাধ্য দূরারোগ্য রোগ আরোগ্য করিয়াছেন। এই জ্ঞানই অর্থাৎ হোমিওপ্যাথিতে অস্ত্রধারণের প্রয়োজনীয়তা উপলব্ধি হয় না বলিয়াই, বোধহয় সাধারণের একটা

ধারণা জন্মিয়া গিয়াছে যে,—“হোমিওপ্যাথিতে অস্ত্রচিকিৎসা নাই”। নতুবা Text book, Medical and Surgical গ্রন্থ প্রণেতা—Dr Ruddock হইতে আরম্ভ করিয়া অনেকাধিক বিখ্যাত হোমিওপ্যাথিক অস্ত্র চিকিৎসক ও অস্ত্রচিকিৎসা-গ্রন্থের নাম করা যাইতে পারে। মহাত্মা হ্যানিয়ান নিজেও যে একজন সুদক্ষ অস্ত্র-চিকিৎসক ছিলেন, তাহা পুস্তক পাঠে অবগত হওয়া যায়। পাশ্চাত্যজগতের—বিশেষতঃ, ইংলণ্ড ও আমেরিকার হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকগণের মধ্যে এখনও অনেক বিখ্যাত অস্ত্র-চিকিৎসক আছেন।

আজকাল যে ভাবে চারিদিকে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা বিস্তৃতি লাভ করিতেছে—বিশেষতঃ, পল্লীগামের প্রায় অধিকাংশস্থলেই যে ভাবে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকের আদর বাড়িতেছে, তাহাতে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ভ্রাতৃবৃন্দ যেন অস্ত্রচিকিৎসার দিকটা একেবারে পরিত্যাগ না করেন। তবে অস্ত্রচিকিৎসায় পারদর্শী হইতে হইলে মেডিক্যাল স্কুল বা কলেজে ভালরূপ অধ্যয়ন করিয়া আসা দরকার। হোমিওপ্যাথিক শিক্ষার্থীগণকে আমি সনির্বন্ধ অনুরোধ করিতেছি যে, তাঁহারা যেন হোমিওপ্যাথি জিনিষটাকে একটা খেলো কিছু মনে না করিয়া, এই সর্গশ্রেষ্ঠ চিকিৎসা-বিজ্ঞান ভালরূপ আয়ত্ত করিতে চেষ্টা করেন।

যাঁহাদের নিতান্তই স্কুল কলেজে শিক্ষালাভের সুযোগ বা অর্থপ্রাচুর্য্য নাই, তাঁহারাও যেন নিরাশ না হন। বিপুল অধ্যবসায় ও কঠোর সহিষ্ণুতা অবলম্বন করিলে জ্ঞানার্জনের পথ কখনও বন্ধ থাকে না। অস্ত্রধারণ করার মত শিক্ষা ও ক্ষমতা না থাকিলেও—হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক চিকিৎসা-বিজ্ঞানে বিশেষ দখল থাকিলে—আমাদের ঔষধাবলীও অনেক সময় ছুরীর (lancet, scalpel) এর কার্য্য করিয়া থাকে। সিলিকা (cilica) বা হিপর সাল্ফ (Heper sulph), প্রভৃতি কতকগুলি ঔষধকে হোমিওপ্যাথিক অস্ত্র বলিলে, বোধ হয় অযৌক্তিক হয় না।

বর্তমান ১৩৩৭ সালের—‘চিকিৎসা-প্রকাশের’ বৈশাখ সংখ্যায়—“গুহাধ্বার লিহীন নবজাত শিশুর চিকিৎসায় বাইওকেমিক ঔষধের উপকারীতা” সম্বন্ধে একটা রোগীর বিবরণ দিয়া—মাননীয় সহকর্মী ডাঃ কে.এম. জহিরুল হক (হেল্থ অফিসার বাহেরচর, ত্রিপুরা) মহাশয় আমাদের সকলের কৃতজ্ঞতা ভাজন হইয়াছেন। এই শিশু রোগীটির গুহাধ্বার চিরিয়া দিলে, রোগ আরোগ্য হইত, কি বিপদ উপস্থিত হইত; তাহা জানি না। অস্ত্রবিজ্ঞায় পারদর্শী বন্ধুগণই তাহা নির্দেশ করিতে পারেন তবে এক্ষেত্রে বাইওকেমিক ঔষধ “সাইলিসিয়া ৩x” যে রোগীর প্রাণরক্ষা করিয়াছিল, তাহা নিঃসন্দেহে বলা যাইতে পারে। একটা কথা আছে—“রাখে কৃষ্ণ মারে কে, মারে কৃষ্ণ রাখে কে?” আমরা চিকিৎসক নিমিত্ত মাত্র—ভগবানের আশীর্বাদে যে, উক্ত ডাক্তার সাহেব ঠিক ব্যবস্থা করিতে পারিয়াছেন, তাহা বাস্তবিকই প্রশংসনীয়।

এই ‘সাইলিসিয়া’ যে কি, তাহা জানিলে আপনারা আরও বিস্মিত হইবেন। ইহা বিশুদ্ধ বালুকণা হইতে হোমিওপ্যাথিক বা বাইওকেমিক মতে ট্রাইটুরেশন আকারে প্রস্তুত ঔষধ। স্থূল অবস্থায় যে বালুকার একটা কণামাত্র চক্ষে পড়িলে—চোখের ব্যারাম বা পাকস্থলীতে প্রবেশ করিলে পেটের নানাপ্রকার অসুখের সৃষ্টি করিতে পারে—তাহাই আবার সূক্ষ্মাতিসূক্ষ্ম যাত্রায় শক্তিকৃত (Potenzied) হইলে মানবের যে অশেষ কল্যাণ সাধন করিতে পারে, তাহা ভাবিলে হৃদয় বিস্ময়ে পুলকিত হয়।

বহু অভিজ্ঞ অস্ত্রচিকিৎসকের অস্ত্রোপচারেও যে কঠিন রোগ আরোগ্য করিতে সমর্থ হয় নাই তাহা শুধু কয়েককোঁটা হোমিওপ্যাথিক ঔষধ বা কয়েক গ্রেণ বাইওকেমিক ঔষধ প্রয়োগ দ্বারা কিরূপ আশ্চর্য্য ভাবে উপশমিত হইয়াছে, তাহার কয়েকটা জাজ্জল্যমান প্রমাণ না দিয়া থাকিতে পারিতেছি না।

১নং রোগী ৪—গত ১৩৩: বাংলার ওরা জ্যেষ্ঠ—গ্রামের মিক্রা সাহেবের চিকিৎসার জন্ত একটি লোক আসিয়া আমাকে খবর দেয়।

পূর্ব ইতিহাস ৪—রোগী একজন খুব বড় গৃহস্থ; বাড়ীর চাকরবাকরদের সঙ্গে এক বৎসর পূর্বে সখ করিয়া কুড়াল হাতে করিয়া কাঠ কাটিতেছিলেন। হঠাৎ পা পিছলাইয়া পড়িয়া যান। নিকটেই মূলি বাগের তীক্ষ্ণধার একটি ছোট টুকরা ছিল। তাহার উপর পড়িয়া যাওয়াতে, উহা ডান পায়ের পাতার নীচে সজোরে বিদ্ধ হয়। ঘটনার দিন রাত্ৰিতে নাকি পা ভয়ানক ফুলিয়া উঠে। “বাপুর্”, “মাক্”, “গেলাম্”—চীৎকারের চোটে সে রাত্ৰিতে পাড়াগুরু লোক আর ঘুমাইতে পারে নাই। গ্রামস্থ আয়ীয়াস্বজনেরা আসিয়া সেই রাত্ৰিতে নানাপ্রকার মুষ্টিযোগ, সেক, মালিশ প্রভৃতি প্রদান করেন।

এই সব অঞ্চলে—শুধু এই সব অঞ্চলেই বা বলি তেন সাধারণতঃ পল্লীগ্রাম সমূহে টোটকা ঔষধ—নানাপ্রকার গাছ, লতাপাতা, শিকড় ইত্যাদি ভিন্ন অস্ত্র উপায়ও সহজে অবলম্বন করা যায় না। কারণ সরকারী বা ডিক্টেটে বোর্ড প্রভৃতির দাতব্য চিকিৎসালয় বহুদূরে অবস্থিত। ভাল প্রাইভেট প্র্যাক্টিশনারও সহরে ছাড়া বড় একটা দেখা যায় না। কাজেই পল্লীসমূহের টোটকাই একমাত্র প্রধান অবলম্বন। প্রাচীন ভারতের এমন একদিন ছিল—যখন শস্তাশ্রমলা স্ত্রীলা স্ত্রীলা বাংলায় বৃকে এমন সব ভেষজ-নিচয় ছিল, একমাত্র যাহার সাহায্যেই পল্লীর প্রাণ বাঁচিয়া থাকিত; এখনও আমাদের দাদামহাশয় ও দিদিমাদের মধ্যে অনেক আছেন যাহারা শুধু বৃক্ষলতাদি ভেষজনিচয় দ্বারা কত রোগ যে আরোগ্য করেন তাহার ইয়ত্তা নাই।

কিন্তু এক্ষণে অমূল্য মুষ্টিযোগও অনেক সময় অনভিজ্ঞ লোকের হাতে পড়িলে যে, কঠোর বিপদ আনয়ন করিতে পারে, বর্তমান রোগীর ক্ষেত্রেই তাহার প্রকৃষ্ট প্রমাণ। পায়ের ভিতর একটা হৃদয় বাগের টুকরা বিধিয়া রাখিয়াছে। এই টুকরাটিকে বাহির করিয়া দেওয়াই চিকিৎসার প্রধান

উদ্দেশ্য থাকা উচিত। তাহা মুষ্টিযোগ দ্বারা হউক কিংবা হোমিওপ্যাথিক, এলোপ্যাথিক বা বাইওকেমিক ঔষধ দ্বারা হউক। যদি কোন ঔষধের তেমন শক্তি না থাকে, তবে অস্ত্র চিকিৎসাই যে সর্বোৎকৃষ্ট উপায় তাহাতে বোধ হয় কাহারও মতভেদ থাকিতে পারে না। অবশ্য হোমিওপ্যাথিক বা বাইওকেমিক ঔষধে অনেক সময় এবম্প্রকার শল্য (Foreign body) বাহির করিয়া দেয় কিন্তু শুধু ঔষধ দিয়াই উহা (শল্য) বাহির করিতে হইবে, অস্ত্র যে একেবারে ছুঁইতেই হইবে না—এরূপ গোঁড়ামীর পক্ষপাতী আমি নহি। অস্ত্রচিকিৎসাও একেত্রে অসম্ভব ঔষধের সাহায্যকারী হওয়া উচিত।

বাহাইউক উপরোক্ত মুষ্টিযোগ দ্বারা যখন কিছুকৈই শল্য বাহির হইল না; ৩৪ দিন মুষ্টিযোগ চিকিৎসা হইল, তাহাতে যখন জালাঘরগার বিশুদ্ধতাও উপস্থিত হইল না; তখন রোগী ও তাহার আয়ীয়াস্বজনের জ্ঞানের উপর হইল। ৫৬ মাইল দূরবর্তী সরকারী হাসপাতালের বড় ডাক্তার বাবুর ডাক পড়িল। সেও পাঁচ দিনের দিনঃ গ্রামস্থ সকলেই—এলোপ্যাথিক চিকিৎসা-ক্ষেত্রে অভিজ্ঞ উক্ত ডাক্তার বাবুকে বলিল—“বাবু! এ রোগীটা ২১ দিনের মধ্যেই সারাইয়া দিতে হইবে, নতুবা আমরা ইহার চীৎকারে একেবারে ব্যতিব্যস্ত হইয়া পড়িয়াছি।” ডাক্তার বাবু তাহাদিগকে খুব আশ্বাস দিয়া স্বকার্য সাধনে ত্রুড়ী হইলেন।

তখনই চারিদিকে খুব একটা ধূমধাম পড়িয়া গেল। জল গরমের আদেশ হইল। মুহূর্তমধ্যেই অস্ত্রোপচার করতঃ ডাক্তার বাবু প্রকাণ্ড একটা বাগের টুকরা (শল্য) বাহির করিলেন। রোগীও কণিকের জন্ত বেশ শান্তি অনুভব করিল। কয়েকদিন রীতিমত ড্রেসিং ইত্যাদি চলিল, ঔষধও খাওয়ান হইল। কয়েকদিনের মধ্যেই কৃত প্রায় আরোগ্য হইয়া আসিল।

কিন্তু ১৫২০ দিন পর নাকি আবার পা ফুলিয়া উঠিয়াছিল। আবার উক্ত ডাক্তার বাবু দ্বারা অস্ত্রোপচার করান হইল। কতকদিনের জন্ত বেশ একটু শান্তি হইল।

আবার ১৫.২০ দিন পর ঠিক আগেকার মতই পা ফুলিয়া উঠিয়াছিল। পরে আরও ২।১ জন এলোপ্যাথিক ডাক্তারকে নাকি দেখান হইয়াছিল। সকলেই পায়ের উপর অস্ত্রক্রিয়া করেন এবং আভ্যন্তরিক ঔষধ প্রয়োগ করেন। কিন্তু চূর্তগাব্যশতঃ রোগীর রোগ কিছুতেই আরোগ্য হইল না।

বর্তমান অবস্থা ৪—রোগীর বাড়ীতে গিয়া উল্লিখিত পূর্ব ইতিহাস বিস্তারিত ভাবে জানার পর, বর্তমান অবস্থার প্রতি বিশেষ লক্ষ্য করিতে লাগিলাম। পায়ের পাভাটা রীতিমত ফুলা; এট ফুলার মাঝখানে ছোট একটি ছেঁদার মত আছে। তাহা হইতে বেন একটু একটু টোয়াইয়া রসরক্ত ইত্যাদি পড়িতেছে; অসহ্য ব্যথা; রাত্রিতেই জ্বালাবজ্ঞার বৃদ্ধি। এইরূপ ফুলা ও জ্বালাবজ্ঞা একাদশী, পূর্ণিমা বা অমাবস্যা অথবা অতিরিক্ত ঠাণ্ডা বা গরমের প্রকোপে—১৫।২০ দিন পর পর প্রায়ই হইয়া থাকে।

রোগীর লক্ষণাদি দৃষ্টে “সাইলিশিয়া” কথাই মনে পড়িল। রোগীর আত্মীয়স্বজনকে বুঝাইয়া বলিলাম—“আমার ঔষধ ২।১ দাগ খাইলেই একটু উপশম হইবে বটে; কিন্তু সম্পূর্ণরূপে সারিতে হইলে একটু দীর্ঘদিন চিকিৎসার দরকার”। সকলেই বলিল—“আজ্ঞে! এতদিন যাবৎ রোগে ভুগিতেছে—যখন কিছুতেই কিছু হইল না—তখন আপনার গাতেই শেষ চিকিৎসা। শুনিয়াছি—আপনাদের হোমিওপ্যাথিক ঔষধেই নাকি অস্ত্রের কার্য্য করিয়া থাকে। অনেক অস্ত্র শস্ত্র তো আমরা ব্যবহার করাইয়া দেখিলাম, কিছুতেই যখন কিছু হইল না—এখন একবার হোমিওপ্যাথিক ঔষধ-অস্ত্র (?) দেখা যাউক।”

যাহা হউক একমাত্র ভগবানের নাম স্মরণ করিয়া এবং মনে মনে মহাত্মা হানিম্যানকে ধন্যবাদ দিয়া, “সাইলিশিয়া ১০০” শক্তির মাত্র এক কোঁটায় একদাগ এবং ৭ দিনের নিমিত্ত অনৌষধি পুরিয়া কয়েকটা দিয়া বিদায় হইলাম। এতৎসঙ্গে প্রতিনিয়ত উত্তম জলে ঞ্চাকড়া ভিজাইয়া প্রদাহিত স্থানের উপর

অনবরত সেক দিতে উপদেশ দেওয়া হইল। বলিয়া আসিলাম—৭ দিন পর যেন আশাকে জানায়।

৭ দিন পর লোক আসিয়া বলিল ফুলা ও জ্বালাবজ্ঞা অনেক কমিয়া গিয়াছে। তবে রসরক্ত ও কল্তান এখনও পড়িতেছে। পুনরায় ৭ দিনের জন্ত শুধু অনৌষধি পুরিয়া দেওয়া হইল। উক্ত ৭ দিন পর খবর আসিল রসরক্তাদি ক্রমশঃই কমিয়া আসিয়াছে, তবে এখনও সম্পূর্ণরূপে সারে নাই। কাজেই পুনরায় “সাইলিশিয়া ১০০” এক ডোজ ও প্লাসিবো দেওয়া হইল।

এইভাবে মাত্র দুই কোঁটা সাইলিশিয়া ১০০ এবং সঙ্গে সঙ্গে শুধু প্লাসিবো দ্বারা রোগটা একমাস মধ্যে সম্পূর্ণরূপে নিরাময় হইল। যে রোগী একবৎসরকাল একেবারে শয্যাশায়ী ছিল এবং বহু অস্ত্রোপচারেও যে আরোগ্য হইতে পারে নাই, সে যে কেমন করিয়া এইভাবে এত সস্তর আরোগ্য হইল তাহা ধারণা করা আমার পক্ষে সুকঠিন। তবে আমার মনে হয়, উক্ত শল্যের কোনও স্থলতম অংশ হয়তো মাংসপেশীর গভীরতম প্রদেশে এমনভাবে প্রবিষ্ট হইয়া গিয়াছিল, যাহা অস্ত্রোপচারেও বাহির হয় নাই। কিন্তু শক্তিকৃত বালুকাকণার

সাইলিশিয়া। হয়তো এমন কোন ক্ষমতা আছে, যদ্বারা ঐ স্থলতম অংশকে বাহির করিয়া দিয়াছে। উহা বোধ হয় এত স্থল বাহা স্থলচক্ষে ধরা পড়িবার নহে। তাই আমরা দেখিতে পাই সাইলিশিয়া সম্বন্ধে ম্যাক্সেলোরের ক্যানক্যানোডির হোমিওপ্যাথিক পোণ্ডর ডিপেন্সারী হইতে প্রকাশিত The Twelve Schuessler Tissue Remedies নামক পুস্তকে নিম্নলিখিতরূপ মন্তব্য আছে। “—the particles of Silicea, being sharp-cornered, accumulate under the intelligent operations of nature's law of affinity or attraction and act as a lancet, thus cutting a way through the tissue, skin, etc, for the escape of the non-functional organic matter.”

মন্তব্য ৪—এই রোগী যদি আরও কিছু পূর্বে একজন হোমিওপ্যাথির শরণাপন্ন হইত, আমার মনে হয়, সে আরও পূর্বে আরোগ্য হইয়া যাইত।

কৃষি-বিকার

লেখক—ডাঃ শ্রীহরেন্দ্রকুমার দাস H. M. B.

জিনাদি ইউনিয়ন বোর্ড চ্যারিটেবল ডিস্পেন্সারি

ঢাকা।

—•••••—

রোগিনী ১—কান্দাপাড়া নিবাসী শ্রীযুক্ত প্রতি ২ ঘণ্টা অন্তর সেবনের ব্যবস্থা করিয়া উক্ত সাফিউদ্দীন ভূঞার কন্যা; বয়স ৪।৫ বৎসর। গত ৭ই ঔষধ ৪ মাত্রা দিয়া আসিলাম।

গৌব (১৩৩৬) এই কন্যাটির চিকিৎসার্থ আমি আহুত হই।

পূর্ব ইতিহাস ১—৪।৫ দিন হইল মেয়েটির জ্বর হইতেছে। এই অবস্থায় জ্বরের ৪র্থ দিবসে অবস্থা জানাইয়া ঔষধ নিয়া যায়। ইহা ব্যবহারে কোন উপশম হইতেছে না; বরং ক্রমেই খারাপ অবস্থায় দাঁড়াইতেছে। সেজন্ত আবার আসিয়া রোগিনীকে খাইয়া দেখিতে অনুরোধ করে। কার্য্যবশতঃ তখন যাইতে পারিলাম না, বিকাল বেলায় যাইব বলিয়া তাহাকে বিদায় দিলাম। সে বাড়ী যাইয়া রোগিনীর অবস্থা এত খারাপ দেখিতে পায় যে, শীঘ্রই মেয়েটি মারা যাইবে মনে করে এবং উহাকে উত্তরমুখী করিয়া শোয়াইয়া গলার ও হাতের গহনা খুলিতে থাকে। এই সময় আমি তথায় যাইয়া তাহাদিগকে সাবধন করতঃ, রোগিনীকে পরীক্ষা করিয়া, নিম্নলিখিত অবস্থা জ্ঞাত হই।

বর্তমান অবস্থা ১ জ্বর ১০৪ ডিগ্রি, পেট ফাঁপা, অল্প অল্প করিয়া বার বার দুর্গন্ধবৃত্ত দান্ত; জিহ্বা সাদা; মাঝে মাঝে বিকট চীৎকার করে; অন্ত্রিতা ও পিপাসা বর্তমান; নাড়ী মৃদু ও ক্ষীণ; এদিক সেদিক তাকায় এবং কি যেন ধরিতে চেষ্টা করিতেছে; সময় সময় নাকে অঙ্গুলি প্রবেশ করাইয়া দিতেছে; মাঝে মাঝে দাঁত কিড়মিড় করিতেছে।

চিকিৎসা ১—উল্লিখিত অবস্থা দৃষ্টে, বিশেষতঃ; মাঝে মাঝে দাঁত কিড়মিড় ও নাকে অঙ্গুলি প্রিয়া দেওয়ায় লক্ষণ দৃষ্টে, কৃষি কর্তৃক উল্লিখিত উপসর্গ উপস্থিত হইয়াছে মনে করিয়া “সিনা ৩ শক্তি” (Cina 3)

৮ই পৌষ—অগ্ন সংবাদ পাইলাম—গত কলা সন্ধ্যার পর হইতে মল দ্বার দিয়া ৫টা কৈটো কৃষি বাহির হইয়াছে। ইহার পর হইতে উক্ত উপসর্গ গুলিও ক্রমে ক্রমে অন্তর্হিত হইতে থাকে। প্রচুর ঘর্ম্ম হইয়া জ্বর বিরাম এবং জ্ঞান হইয়াছে। অগ্নই বেলা ৮টার সময় যাইয়া নিম্নলিখিত অবস্থা দেখিতে পাই। উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি, পেট ফাঁপা অতি সামান্য আছে। শেষ রাত্রের পর এপর্য্যন্ত আর বাহি হয় নাই। জ্ঞান বেশ আছে, চক্ষু বেশ পরিষ্কার। মেয়েটি এত দুর্বল যে কথা বলিতে কষ্ট বোধ করে। রোগিনীকে বেদনার রস খাওয়াইতে এবং “চাইনা ৩০ শক্তি” (China 30) প্রতি ৪ ঘণ্টা অন্তর সেবনের ব্যবস্থা করিয়া আসি।

৯ই পৌষ রাত্রি ১০টা—মেয়ের পিতা আসিয়া সংবাদ দিল যে, বেলা ২টার সময় জ্বর বৃদ্ধি ও রাত্রি ৮টার পর জ্বর বিরাম হইয়াছে। রোগিনীর বেশ জ্ঞান আছে। কথা বলিতে চেষ্টা করে কিন্তু কথা বলিতে পারে না। এই অবস্থা দেখিয়া রোগিনীর পিতা অতি ব্যগ্র হইয়া আমার নিকট আসিয়াছে এবং রোগিনীকে দেখিবার জন্ত অনুরোধ করে। আমি রাত্রি ১০টার সময় যাইয়া নিম্নলিখিত অবস্থা দেখিতে পাইলাম—

উত্তাপ ৯৮ ডিগ্রি; ডাকিলে চাহিয়া ইঙ্গিত করে; কথা বলিতে পারে না; ইঙ্গিতে ক্ষুধার কথা বলে; এক প্রত্যঙ্গের মধ্যে কেবল পা দুখানি এ পাশ ও পাশ উঠা নামা করিতেছে। অগ্নাগ্ন অঙ্গ গুলি বিশেষ নাড়াচাড়া করে না।

ব্যবস্থাঃ—উল্লিখিত অবস্থা দৃষ্টে “জিক্কা” ৩ ঔষধ দিলাম। এই ঔষধ ৩৭ দিন ব্যবহারে রোগিনীর শক্তি প্রতি ৩ বর্টা অন্তর সেবনের ব্যবস্থা করতঃ কণা পূর্ববৎ স্পষ্ট ও মেয়েটি সম্পূর্ণ সুস্থ হইয়াছিল।

৪ মাত্রা ঔষধ দিয়া আসিলাম।

১০ই পৌষ প্রাতেঃ—অন্ত সংবাদ পাইলাম যে, অর আর হয় নাই; বাহি, প্রস্রাব স্বাভাবিক হইতেছে। কল্যাণেব রাত্রিতে দুই একটি অস্পষ্ট কণা কলিতে পারিয়াছে। অন্ত উপসর্গ নাই। অদ্যও প্রতি ৩ বর্টা অন্তর উক্ত ঔষধ সেবনের ব্যবস্থা দিয়া ৪ মাত্রা

অন্তব্যঃ—এই রোগিনীর হঠাৎ কেন বাসরোধ হইল, ইহার কারণ অনুসন্ধান করিতে চেষ্টা করি নাই। কারণ, সদৃশ বিধান চিকিৎসার যে ঔষধের লক্ষণের সহিত রোগ লক্ষণের ঐক্য হয়, সেই ঔষধ প্রয়োগেই রোগী আরোগ্য হইয়া থাকে। পারের অস্থিরতা লক্ষণ দৃষ্টে জিক্কা প্রয়োগ করিয়াছিলাম। বলা বাহুল্য, এই প্রয়োগ নিষ্ফল হয় নাই। জিক্কার বিশেষ লক্ষণ—পারের অস্থিরতা।

সমালোচনা

বাক্সালা ফিজিওলজিঃ—ডাঃ ব্রীজানন্দ চট্টোপাধ্যায় এল. এম. এস এণ্ডীস্ট। মূল্য ৪৮০ টাকা।

“ফিজিওলজি” চিকিৎসা-শাস্ত্রের একটি অত্যাবশ্যকীয় অংশ এবং প্রত্যেক চিকিৎসক ও চিকিৎসা-শাস্ত্রাধ্যায়ী গণের অপরিহার্য পাঠ্য। ফিজিওলজি বা শরীর-বিধান-তত্ত্বে জ্ঞান না থাকিলে কোন পীড়ার বিষয়ে সম্যক অভিজ্ঞতা লাভ করিতে বা কোন পীড়ার চিকিৎসাতেই কৃতকার্য হইতে পারা যায় না। শরীরের স্বাভাবিক অবস্থার ব্যতিক্রমের নামই পীড়া; সুতরাং পীড়ার প্রকৃতি সঠিকরূপে বুঝিতে হইলে শরীরের স্বাভাবিক অবস্থার বিষয় শরীরের সমুদয় বিধান ও যন্ত্রাদির আকৃতি, প্রকৃতি, অবস্থান, নির্মাণ কোশল, পরিচালন, ক্রিয়াকলাপ এবং দেহ রক্ষার উহাদের উপবোধিতা ও প্রয়োজনীয়তা প্রভৃতি বিষয়ে সবিশেষ জ্ঞান থাকা প্রয়োজন। ফিজিওলজি শাস্ত্রে এই জ্ঞানই লাভ করা যায়। ইংরাজীতে এ সম্বন্ধে বহু মূল্যবান পুস্তক প্রকাশিত হইয়া ইংরাজী অভিজ্ঞগণের শিক্ষার পথ মুক্ত করিয়াছে। হৃৎকের বিষয়—বাক্সালা ভাষায় এ পর্যন্ত ফিজিওলজি সম্বন্ধে সমুদয় জ্ঞান বা তথ্য পূর্ণ উপযোগী পুস্তক প্রকাশিত না হওয়ায়, ইংরাজী অনভিজ্ঞ বা মূল্যবান ইংরাজী পুস্তক সংগ্রহে অক্ষম চিকিৎসকগণ ফিজিওলজি সম্বন্ধে অভিজ্ঞতা লাভের সুবিধা পান না। ফিজিওলজি শাস্ত্রে বিশেষজ্ঞ প্রবীণ চিকিৎসক ডাঃ চাট্টারজি এই বাক্সালা ভাষার ফিজিওলজি প্রকাশ করিয়া বঙ্গীয় চিকিৎসক ও

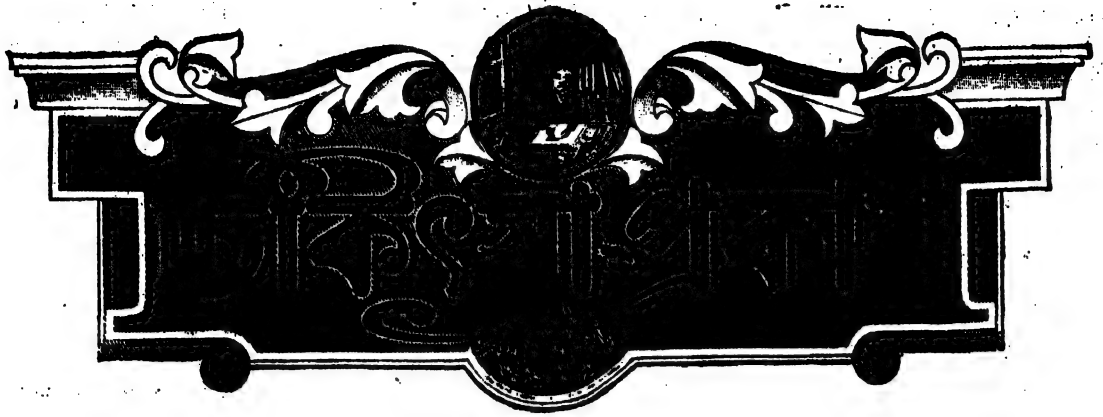
চিকিৎসা-শাস্ত্রাধ্যায়ীগণের একটি বহুদিনের অভাব ঘোচন করিয়াছেন।

এই পুস্তকে অতি সরল সহজ বোধগম্য বাক্সালা ভাষায় নরশরীরে যাবতীয় বিধান ও যন্ত্রাদির আকৃতি, প্রকৃতি, গঠনাদি এবং ক্রিয়া প্রভৃতি ফিজিওলজি সংক্রান্ত সমুদয় বিষয়ই কিছুতভাবে চিত্রাদিসহ বর্ণিত হইয়াছে। অধিকন্ত, আমাদের দেশীয় সমুদয় খাদ্যদ্রব্য, ভিটামিন এবং শরীরের যাবতীয় এণ্ডোক্রিন গ্লাণ্ড অর্থাৎ অন্তঃস্রব-স্রাবী গ্রন্থিসমূহের বিশদ বিবরণ সন্নিবেশিত হওয়ায় পুস্তকখানি অধিকতর উপযোগীও হইয়াছে। সমুদয় বিষয়ই আধুনিক বিজ্ঞান সম্মতভাবে আলোচিত এবং চিত্রসহ একরূপ হৃদয়গ্রাহী প্রাঞ্জল ভাষায় ব্যাখ্যা দেওয়া হইয়াছে যে, নীরস জটিল বিষয় গুলিও পড়িয়া তৃপ্তি পাওয়া যায়। পুস্তকখানি একরূপ ধরণে লিখিত হইয়াছে যে, ইহা পাঠে কেবল ইংরাজী অনভিজ্ঞগণ উপকৃত হইবেন, তাহা নহে—ইংরাজী ফিজিওলজি পড়িবার পূর্বে ইহা পড়িয়া লইলে ছাত্রদের পক্ষে দুর্ভোগ্য ইংরাজী পুস্তক বুঝিবার বিশেষ সুবিধা হইবে। বড় বড় মূল্যবান ইংরাজী পুস্তকেও একাধারে সমুদয় বিষয়ের একরূপ প্রাঞ্জলবর্ণনা দেখা যায় না। আমরা প্রত্যেক চিকিৎসক ও চিকিৎসাশিক্ষার্থী ছাত্রগণকে ডাঃ চাট্টারজির এই বাক্সালা ফিজিওলজিখানি পাঠ করিতে অনুরোধ করিতেছি।

Printed by Rasick Lal Pan at the “Gobardhan Press”

And Published by Dharendra Nath Halder.

197 Bowbazar Street, Calcutta.



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয় মাসিক পত্র ও সমালোচক

২৩শ বর্ষ

১০৭৭ সাল—ভাদ্র

৫ম সংখ্যা

বিবিধ

কেশ পতন নিবারণ (To prevent the shedding of hair) :—কেশ পতন নিবারণার্থ লণ্ডনের বিখ্যাত চিকিৎসক—ডাঃ ডেভিড্ ওয়াল্শ্ নিম্নলিখিত লোশনটী ব্যবহারের উপদেশ দেন। বিশেষভাবে স্ত্রীলোকদের কেশ পতন রোধ করিতে ইহা অদ্বিতীয়। যথা :—

Re.

জ্যালিসিলিক এসিড্	...	৩ ড্রাম।
কার্বলিক এসিড্	...	১ ড্রাম।
কাষ্টের অয়েল্	...	৩ ড্রাম।
এল্কোহল্	এড্ ৬ আউন্স।	

একত্রে লোশন প্রস্তুত করতঃ দিনে ১ বা ২ বার মাথায় প্রয়োগ।

(Med. Standard)

বিসর্প রোগে—কপূর (Camphor in erysipelas) :—কুশিয়ার জনৈক বিখ্যাত চিকিৎসক বিসর্প বা ইরিসিপেলাস্ পীড়ায়—২ গ্রেণ মাত্রায় প্রতি ২ ঘণ্টান্তর কপূর সেবন করাইতে উপদেশ দেন।

(Pract. Med. ০৫)

মাক্কায় স্তন-দুগ্ধ (Human milk in Consumption) :—ডাক্তার উইলিয়াম্ মিলে লিখিয়াছেন যে, নিয়মিত ভাবে দিবসে ৩৪ বার করিয়া বক্ষা রোগীকে স্তন-দুগ্ধ পান করাইতে পারিলে, সম্বর রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি হয় এবং অনেক উপকার পাওয়া যায়। স্তন-দুগ্ধ কোনও পাত্রে সংগ্রহ করিয়া পান করান অপেক্ষা, স্তন হইতে চুষিয়া পান করিলে অধিকতর ফল পাওয়া যায়। ডাঃ মিলে লিখিয়াছেন যে, একজন

বন্নারোগী এতই দুর্বল ও শীর্ণ হইয়া পড়িয়াছিলেন যে, তিনি একেবারে শয্যাশায়ী অবস্থায় পড়িয়া থাকিতেন। এই সময়ে তাঁহার জ্বর শুষ্কপায়ী শিশুটির হঠাৎ মৃত্যু ঘটে এবং মৃত্যুর পর জ্বর স্তনে এত দুগ্ধ সঞ্চিত হয় যে, তিনি দুগ্ধের যত্নপূর্বক রোদন করিতে থাকেন। তখন তাঁহার রুগ্ন স্বামী জ্বর কষ্টলাঘব করিবার উদ্দেশ্যে স্তন চুষিয়া দুগ্ধ বাহির করিয়া দিতে লাগিলেন; এইরূপ করিতে প্রত্যহই কিঞ্চিৎ দুগ্ধ তাঁহার উদরস্থ হইত। কতিপয় দিবস পরে তিনি ইহাতে 'কিঞ্চিৎ সুস্থ বোধ করায়, প্রত্যহই তাঁহার জ্বর স্তন হইতে চুষিয়া—দিবসে ৩৪ বার প্রচুর পরিমাণ দুগ্ধ পান করিতে লাগিলেন। ইহাতে কিছুদিন মধ্যেই সম্পূর্ণরূপে সুস্থ হইয়া উঠেন এবং এখনও বেশ সুখে ও স্বচ্ছন্দে বসবাস করিতেছেন। ডাঃ মিচেল অতঃপর ইহা বহু রোগীতে পরীক্ষা করিয়া, ইহার এই উপকারিতা লক্ষ্য করিয়াছেন।

(Brih. Med. Journal. 17.6.30.)

শিশু-খাদ্যরূপে ঘোল (Butter milk as an infant food) :—তরুণ বা পুরাতন রোগাক্রান্ত শিশুদিগকে—বিশেষতঃ, যে সকল শিশু পৌষ্টিক মাতৃদুগ্ধ বা অল্প কোন খাদ্য সহ্য করিতে পারে না, ত্তাদিগকে ঘোল সেবন করাটয়া আশ্চর্যজনক ফল পাওয়া গিয়াছে। টাটকা ঘোল শিশুরা অতি সুন্দর ভাবে জীর্ণ করিতে পারে। বিশেষতঃ, শিশুদের ক্ষুধামান্দ্য, অজীর্ণ, উদরাময় ইত্যাদিতে ইহাই শ্রেষ্ঠ পথ। পুরাতন উদরাময় এবং পুরাতন অন্তরোগে নিয়মিত ভাবে টাটকা ঘোল ব্যবহা করিলে যথেষ্ট উপকার পাওয়া যায়। সুস্থ শিশুকে নিয়মিত ভাবে ঘোল পান করাইলে তাহাদের স্বাস্থ্য ভাল থাকে, শরীর দৃষ্টপুষ্ট হয় এবং রিকেট (অস্থিপিণ্ড) ইত্যাদি রোগ হইতে পারে না। টাটকা দুগ্ধ হইতে ঘোল প্রস্তুত করতঃ, ছাঁকিয়া লইয়া এবং ইহাতে আবশ্যিক মত শর্করা বা লবণ মিশাইয়া পান করানি কর্তব্য।

(How to live)

মধুমত্র রোগে সোডা বাইকার্ব (**Sodii bicarb in Diabetes**) :—মধুমত্র রোগে, আহ্বারের পর নিয়মিত ভাবে অধিক মাত্রায় ২ বার সোডা বাইকার্ব সেবন করিলে, এসিডোসিস (**Acidosis**) হইয়া কোমা হইবার আশঙ্কা থাকে না এবং ইহাতে অগ্রাঙ্গ বহু উপসর্গও দমন থাকে। সাধারণতঃ ৩০—৬০ গ্রেণ মাত্রায় ইহা সেবন করা কর্তব্য।

(Pract. med. 05)

সোডা বাইকার্বের চূড়ান্ত দ্রবের উপকারিতা (**The utility of the saturated solution of Bicarbonate of sodium**) :—সোডা বাইকার্বের চূড়ান্ত দ্রব দ্বারা দগ্ধ স্থান, দগ্ধকৃত, আমবাতি এবং কীটপতঙ্গাদি দষ্ট স্থান ড্রেস করিলে আশ্চর্যজনক উপকার পাওয়া যায়।

(Pract. med. 05)

শিশুদের কোষ্ঠবদ্ধতায় সোডা বাইকার্ব (**Bicarbonate of Sodium in constipation of infants**) :—ডাক্তার রিঙ্গার বলেন—শিশুদের কোষ্ঠবদ্ধতায় ১/২—১ ড্রাম সোডা বাইকার্ব ৫ আউন্স উষ্ণ দুগ্ধের সহিত মিশ্রিত করতঃ পান করাইলে সুচারুরূপে কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়।

(Pract. med. 05)

বোরিক এসিডের স্থানিক প্রয়োগ (**Local application of Boric acid**) :—জার্মানীর বিখ্যাত ডাক্তার এইচ. রণ্‌চ্ বলেন—স্ত্রীলোকের যোনিপথের স্রাব (বিবিধ কারণ বশতঃ), মাইকোটিকা, খেতপ্রদর, ইত্যাদি পীড়ার চিকিৎসায় বোরিক এসিডের স্থানিক প্রয়োগে সমুদ্র উপকার পাওয়া যায়। এই সকল পীড়ায় প্রত্যহ ০.৫ গ্রাম (৭ ১/২ গ্রেণ) পরিমাণ পালড বোরিক এসিড যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া দিতে হয়।

প্রথম কয়েক দিবস প্রত্যহ, অতঃপর ২।৩ দিন অন্তর ইহা প্রযোজ্য।

যোনির চুলকানী পীড়ায় বোরিক এসিডের ৩% পারসেন্ট সলিউশন অর্ধ পাইন্ট পরিমাণ লইয়া—তত্কার, যোনি প্রদেশ উত্তমরূপে ধোত করিলে এবং এই লোশনে লিট বা তুলার প্যাড্ ভিজাইয়া যোনীতে বসাইয়া রাখিলে বিশেষ উপকার হইয়া থাকে।

অস্ত্রোপচারের পর রোগীর মূত্রত্যাগ না হইলে, ৫ গ্রাম বোরিক এসিড্, ৫ গ্রাম জল এবং ৫০ গ্রাম মিস্কারিং একত্রে মিশ্রিত করতঃ, রবার ক্যাথিটার সাহায্যে প্রথমতঃ মূত্রাধারের মূত্র নির্গত করিয়া দিয়া, এই দ্রব উক্ত ক্যাথিটার সাহায্যে মূত্রাধারে প্রবেশ করাইয়া দিলে, পুনরায় আর মূত্রাবরোধের সম্ভাবনা থাকে না। ইহা একবার মাত্র প্রয়োগেই মূত্রাধার পূর্ণশক্তি ফিরিয়া পায় অর্থাৎ বধানিয়মেই মূত্রত্যাগ হইতে থাকে।

(E. M. A. R. I. 1929)

দেশীয় মুষ্টিযোগ :—সুবিধাত চিকিৎসক ডাঃ এন্, কে, দাশ এম্, বি, ভিষগরত্ন মহাশয়, নিম্নলিখিত কয়েকটি ফলপ্রদ মুষ্টিযোগ লিখিয়া পাঠাইয়াছেন। যথা—

(১) অর্শরোগ :—খোসা বিহীন কুমতিল ১ তোলা, মিশ্রী ১ তোলা এবং খানিকটা মাখন একত্র মিশাইয়া প্রত্যহ প্রাতঃকালে খাইলে অর্শরোগে বেশ উপকার হয়।

(ক) চিতা মূলের ছাল বাটিয়া একটা মাটির পাত্রে মধ্যে প্রলেপ দিয়া উহা শুক করিয়া লইয়া সেই পাত্রে দধি পাতিয়া, ঐ দধি হইতে প্রস্তুত ঘোল প্রত্যহ পান করিলে অর্শরোগে বিশেষ উপকার হইয়া থাকে।

(২) চুনকো (স্তন-বিদ্রুধি) :—স্তন হইতে সমস্ত দুগ্ধ বাহির করিয়া ফেলিয়া রাখিল শস্যর মূল বাটিয়া অথবা হরিত্রা এবং ধূতরাপাতা বাটিয়া স্তনে প্রলেপ দিলে চুনকো রোগ আরোগ্য হয়।

(৩) সুখ-প্রসব :—প্রসব হইতে বিলম্ব হইলে এবং প্রসূতি কষ্ট পাইলে, তেঁতুল চারার মূল, প্রসূতির কেশে বাধিয়া দিলে, সহজে প্রসব হয়। প্রসব হইবামাত্র ইহা কেশের যে স্থানে বন্ধন করা হইয়াছে, সেই কেশ কাঁচি দ্বারা কাটয়া ফেলা কর্তব্য।

(৪) রাতকাণা :—একটি জোনাকী পোক কলার মধ্যে পুরিয়া খাওয়াইলে রাতকাণা রোগ আরোগ্য হয়।

(ক) টাটকা গোবরের রস ৫।৬ ফোঁটা স্তন-দুগ্ধের সহিত মিশাইয়া চক্ষে প্রদান করিলেও রাতকাণা রোগ ভাল হয়।

কুইনাইনের ইন্ট্রামাস্কিউলার ইন্জেকশন (Intramuscular Injection of quinine) :—ইন্ট্রামাস্কিউলার ইন্জেকশনরূপে কুইনাইন প্রয়োগ করিলে অনেক স্থলেই, ফোটক, ইন্জেকশন-স্থানের পচন, প্রদাহ প্রভৃতি হইতে দেখা যায়। অনেক বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকও এইরূপ অভিমত প্রকাশ করিয়াছেন। সম্প্রতি ইণ্ডিয়ান মেডিক্যাল জার্নালে Dr. N. K. Handique (Medical officer—Soraipani T. E. (Assam) এ সম্বন্ধে তাঁহার যে অভিজ্ঞতার ফল প্রকাশ করিয়াছেন, এস্থলে তাহার সারমর্ম উদ্ধৃত হইল।

Dr. N. K. Handique লিখিয়াছেন—“আমি নিম্নলিখিতরূপে বহু সংখ্যক স্থলে কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর ইন্ট্রামাস্কিউলার ইন্জেকশন দিয়া এপর্যন্ত এব্‌সেস্ (ফোটক) বা নিক্রোসিস হইতে দেখি নাই। যথা—

Re.

কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর ... ১০ গ্রেণ।

এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) ১৫ মিনিম। একত্র মিশ্রিত করিয়া, ১টি টেট টিউবের মধ্যে উক্ত করতঃ ঠাণ্ডা করিতে হইবে। সলিউশনের মধ্যে ময়লা থাকিলে, এরূপ অবস্থায় উক্ত সলিউশন বীয়ে বীয়ে আর একটী

বিশোধিত টেষ্ট টিউবের মধ্যে ঢালিতে হইবে। সাবধান—
 দ্বিতীয় টিউবে সলিউশন ঢালিবার সময় উহাতে যেন ঐ
 তলানি না পড়ে। সমস্ত সলিউশন ফিল্টার করিয়া
 নইলেও হইবে। বেশী মাত্রায় ঔষধ তৈয়ার করিতে
 হইলে এইরূপ করাই বিধেয়। কিন্তু এক মাত্রায়
 ঔষধের জন্ত প্রথমে প্রণালী অবলম্বন করাই সমীচিন।
 বিট্রীণ ড্রাগস্ হাউসের এড্রিনালিন ব্যবহার করাই
 কর্তব্য। নিম্নলিখিত প্রকারে সলিউশন প্রস্তুত
 করিয়া ইঞ্জেকশন দিলেও নিক্রোসিস এবং ফোটকোম্পজির
 সম্ভাবনা থাকে না। যথা—

Re.

কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর ... ১০ গ্রেণ।

নিম্ন্যাল স্যালাইন ... ২ সি. সি।

ইঞ্জেকশন দেওয়ার পূর্বে ইঞ্জেকশন দেওয়ার স্থান
 বিশোধনার্থ টিংচার আয়োডিনের পরিবর্তে স্পিরিট
 জেথার (মিথ্) (Spt. Ether—meth) দ্বারা ধৌত করা
 কর্তব্য এবং ইঞ্জেকশন দেওয়ার পর ইঞ্জেকশন স্থানের
 উপর ষ্ট্রং ইকথিয়ল (Strong Echthyol) এর প্রলেপ
 দিয়া এক টুকরা তুলা দ্বারা বাধিয়া দিতে হইবে। এই
 ভাবে ২১ দিন অতিবাহিত হইবার পর, ইঞ্জেকশনের স্থানটি
 উষ্ণ জলে ধৌত করিয়া দেওয়া কর্তব্য।

শিশুদিগকেও উক্ত সলিউশন বয়সানুযায়ীক
 মাত্রায় ব্যবহার্য। কোন কোন স্থলে শরীরের উত্তাপ
 হ্রাস করিবার জন্ত ৪—২৪ ঘণ্টান্তর ২ বা ৩ বার ইঞ্জেকশন
 করা প্রয়োজন।

নিক্রোসিস এবং ফোটক ইইবার আশঙ্কা করিয়া বহু
 চিকিৎসক কুইনাইনের ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকশন
 দেওয়া বন্ধ করিয়া দিয়াছেন।

নূতন চিকিৎসক এবং বাহারা ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকশন
 দিতে অপটু—তাহাদের পক্ষে কুইনাইনের ইন্ট্রামাস্কিউলার
 ইঞ্জেকশন দেওয়াই কর্তব্য। মগ্গপারী, কুলী এবং বাহাদের
 হৃদপিণ্ডের অবস্থা খারাপ, তাহাদিগকে ইন্ট্রামাস্কিউলার
 ইঞ্জেকশন দেওয়াই যুক্তিযুক্ত।

(Indian Medical Journal, June 1930 P. 215)

গণোরিয়া রোগে দেশীয় ঔষধঃ—

কেদারপুর চ্যারিটেবল ডিস্পেন্সারী (ময়মনসিংহ) হইতে
 শ্রীযুক্ত বীরেশচন্দ্র দত্ত (কম্পাউণ্ডার) মহাশয় গণোরিয়া
 পীড়ার একটি দেশীয় ঔষধের বিষয় লিখিয়া পাঠাইয়াছেন ;
 নিম্নে ইহা উল্লিখিত হইল।

Re.

বগ ডুমুরের ছাল ভিজান জল ... ১ ছটাক।

পটাশ নাইট্রাস ... ২০ গ্রেণ।

প্রথমতঃ সন্ধ্যার সময় একটি কাঁচের বা চিনা মাটির
 পাত্রে এক ছটাক জল দিয়া তাহাতে পরিষ্কার বগ ডুমুরের
 ছাল ভিজাইয়া রাখিতে হইবে। অতঃপর প্রাচীন
 প্রাতঃকালে একখানি পরিষ্কার নেক্‌ড়া দিয়া ঐ জল
 ঢাকিয়া তৎসহ পটাশ নাইট্রাস মিশ্রিত করিয়া ইহা একবারে
 সেব্য। এইরূপ প্রত্যহ প্রাতে একবার করিয়া ইহা এক
 সপ্তাহ সেবন করিলে গণোরিয়া পীড়া আরোগ্য হয়।
 এই ঔষধ সেবনসহ জননেদ্রিয়ে পিচকারী করার প্রয়োজন
 হয় না এবং কোন ঔষধ পিচকারী করাও কর্তব্য নহে।

বীরেশ বাবু বলেন যে, এই ঔষধ সেবন করাইয়া তিনি
 অনেক রোগীকে আরোগ্য করিয়াছেন।



কোষ্ঠবদ্ধতা—Constipation.

লেখক—সার্জেন এইচ, এন, চার্টার্ড B. Sc. M. D., D. P. H.,
Late of his Majesty's Royal Nav. I. H. F.
and Mercantile marine service—China, Japan, Newyork, Darban, etc.

পূর্ব প্রকাশিত ৪র্থ সংখ্যার (শ্রাবণ) ১৭৪ পৃষ্ঠার পর হইতে

—○)(*)○—

Dr. Einhorn (N. Y, med. jour, 1918)
বলেন যে, আভ্যাসিক কোষ্ঠবদ্ধতায় নিম্নলিখিত ব্যবস্থা-পত্র
দুইখানি বিশেষ উপকারী।

১। Re,

পালভ্ রিয়ার্ট ... ৩০৮ গ্রেণ।

মিক্স অব ম্যাগ্নেশিয়া ... ৩০৮ গ্রেণ।

সোডি বাইকার্বনেট ... ৩০৮ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ইহা এক চা-চামচ
(৬৫ গ্রেণ) মাত্রায় কিঞ্চিৎ জলসহ প্রত্যহ ২৩ বার
সেবা।

২। Re,

পডোফাইলিন ... ৪ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট ফাইজিগ্‌মেটস্ ... ৭ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট নক্সভমিকা ... ৭ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট গ্লাইসিরিজা আবশ্যকমত।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ৩০ টি বটিকা প্রস্তুত করতঃ,
১ টি বটিকা মাত্রায় প্রত্যহ ২ বার সেবা।

আভ্যাসিক কোষ্ঠবদ্ধে ক্যাস্কারা (Cascara
sagrada) বেশ উপকারী। ইহা ব্যবস্থা করিলে ইহার
তরল সার (লিকুইড্ এক্সট্রাক্ট্ অব্ ক্যাস্কারা
সাগ্রাদা), ব্যবস্থা করা কর্তব্য। ইহা ৫—২০ মিনিম
মাত্রায় ২ আউন্স পরিমাণ শীতল জলে মিশ্রিত করতঃ
আহারের পক্ষে প্রত্যহ ৩ বার ব্যবস্থেয়। ক্রমশঃ প্রতি
মাত্রায় ২১ বিন্দু করিয়া মাত্রা হ্রাস করা কর্তব্য। পার্কডেভিস্
কোম্পানির “ ক্যাস্কারা এক্সট্রাক্ট ”
এতদর্থে বেশ ভাল। এলিম্বার ক্যাস্কারাও মন্দ
নহে। কোষ্ঠবদ্ধতায় মিনারেল্ ওয়াটার্‌র বেশ উপকারী,
ইহা পান করিতে হইলে, প্রত্যহ অতি প্রত্যাষে খালিপেটে
পান করা উচিত। একাধিক্রমে—২৩ সপ্তাহের অধিক
ইহা ব্যবহার নিষিদ্ধ।

সাধারণ প্রকৃতির কোষ্ঠবদ্ধতায় ক্রুশেন্ সল্ট্‌স্,
এনোস্‌ফুট্‌ সল্ট্‌, এণ্ড্‌স্‌ লিভার সল্ট্‌, বারোজ ওয়েলকাম্
কোংর ভেজিটেবল্‌ ল্যাক্সেটীভ্‌ পিল্‌ ইত্যাদি ব্যবহারেও
বেশ উপকার পাওয়া যায়।

কোষ্ঠবদ্ধতা সহ রক্তহীনতা বর্তমান থাকিলে, অথবা রক্তহীনতা, রোগীর কোষ্ঠবদ্ধতায় ডাক্তার কেম্প (Dr. R. K. Kemp, diseases of the intestine, 1st. Ed. 1912) নিম্নলিখিত ব্যবস্থা-পত্র খানিবে বেশ প্রশংসা করেন। যথা :—

৩। Re.

রড্‌স্‌ পিল্ ৫ গ্রেণ।
এলোইন ... ১/২ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১টা বটিকা প্রস্তুত করতঃ, ১টা বটিকা মাত্রার প্রত্যহ আহারান্তে ৩ বাব সেব্য।

অন্তঃস্বা নারীদের কোষ্ঠবদ্ধতায় মুহু প্রকৃতিব বিরুদ্ধে ঔষধ ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এতদ্ব্যতীত রাত্রের শয়নকালে—ক্যাস্‌কারা এভাকুয়ান্ট (পি, ডি,) কিম্বা পালভ্‌ গ্লাইসিরিজা কোঃ ব্যবস্থা করা যাইতে পারে। গর্ভবতী রোগিণীর বাহাতে তরল মলত্যাগ না হয়, তৎপ্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখিয়া—বিরুদ্ধে ঔষধ ও তাহার মাত্রা নির্ধারন করা কর্তব্য।

অনেকে তরুণ কোষ্ঠবদ্ধতায় এরণ্ড-তৈল (ক্যাষ্টর অয়েল) বিশেষ উপযোগী বলিয়া মত প্রকাশ করেন। শিশুদের কোষ্ঠবদ্ধতায় ক্যাষ্টর অয়েল অল্প মাত্রায় ব্যবহারে সুন্দর উপকার পাওয়া যায়। এতদ্ব্যতীত, এলেন ব্যারিস্‌ ক্যাষ্টর অয়েলই উৎকৃষ্ট। ইহা গন্ধ ও স্বাদবিহীন।

অনেক পুরাতন কোষ্ঠবদ্ধতা রোগী যখন আব সাধারণ কোনও ঔষধে বিশেষ ফল পাওয়া যায় না—তখন ১টা ছোট সিকির্ উপব যতটুকু এনোস্‌ক্‌ট্‌সন্ট্‌ ধরে, ততটুকু প্রত্যহ সকালে ঔষধ জলসহ পান করিলে আশ্চর্য উপকার হইয়া থাকে।

তরুণ কোষ্ঠবদ্ধতায় যথেষ্ট পরিমাণে পিত্ত নির্গত না হইলে ভ্রূশাশিক মাত্রায়—ক্যালোঅয়েল (হাইড্রোক্স সাবক্লোর) (১/৮—১/৪ গ্রেণ), ১৫২০ মিনিট অন্তর ৪।৫ বা ভ্রূশাশিক মাত্রা সেবন করা ইহা—অত্যশ্চর্য উপকার হইতে দেখা গিয়াছে।

নিম্নলিখিত ব্যবস্থাপত্রগুলি কোষ্ঠবদ্ধতা পীড়ার সকল অবস্থাতেই বিশেষ ফলপ্রসূ।

৪। Re.

এলঃ ক্যাস্‌কা স্যাগ্রাডা লিকুইড ১ ড্রাম।
টাই নক্সভমিকা .. ১০ মিনিম।
টাই বেলেডোনা .. ৫ মিনিম।

একত্র ১ মাত্রা। কিঞ্চিৎ জলসহ প্রত্যহ প্রাতে ও বাত্রে সেব্য।

৫। Re

এলোইন ১/২ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট নক্সভমিকা ... ১২ গ্রেণ।
ফেরি সালফ .. ১/২ গ্রেণ।
স্ট্রাপোনিস .. আবশ্যক মত।

একত্র ১টি বটিকা। প্রতি রাত্রের আহারের অর্ধ ঘণ্টা পরে সেব্য। পরে ক্রমশঃ ২১ দিন অন্তর প্রয়োজ্য। কোষ্ঠবদ্ধে পডোফিলিন্ বিশেষ উপকারী। ইহা নিম্নলিখিতরূপে প্রয়োজ্য। আবশ্যক মত ইহার মাত্রা হ্রাস বৃদ্ধি করা কর্তব্য।

৬। Re.

পডোফিলিন্ বেজিন ২—৩ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট নক্সভমিকা .. ৪ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট ফাইজটগ্‌য়া ... ৩ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট বেলেডোনা . ৪ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ২০টা বটিকা। একটি বটিকা মাত্রায় প্রত্যহ বাত্রে ও প্রাতে ব্যবস্থ্য।

কোষ্ঠকাঠিন্য সহ উদরাগ্নান বা অজীর্ণ রোগ বর্তমান থাকিলে, নিম্নলিখিত ব্যবস্থ্য বেশ উপকার পাওয়া যায়।

৭। Re.

এলোইন .. ১২—২ গ্রেণ।
পডোফিলিন্ রেজিন্ ১/৪—১ গ্রেণ।
পেপ্‌সিন্ পোসার্বাই .. ৫—১ গ্রেণ।
এসাকিটডা (হিং) ... ৫ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট জেলিফান্ .. আবশ্যক মত।

একত্রে ১ বটিকা। আহাৰান্তে ২টা বটিকা মাত্রায় সেব্য।

কোষ্ঠকাঠিন্য রোগে অনেকস্থলে ইপেকাক প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়। নিম্নলিখিতরূপে প্রযোজ্য।

৮। Re.

পালভ্ ইপিকাক	...	১ গ্রেণ।
পালভ নক্সভমিক।	...	১/২ গ্রেণ।
পালভ পাইপার নাইগ্রা...	...	১/২ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট জেন্সিয়ান্	...	১ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। প্রাতে আহাৰের পূর্বে ১ মাত্রা সেব্য।

মূত্রবিরেচন ক্রিয়ার জন্ত নিম্নলিখিত ব্যবস্থা উপযোগী—

৯। Re.

পডোফিলিন্	...	৪ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট এলোজ	...	৪৫ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট রিয়ারাই	...	৫৫ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট ট্যারাক্সাই	...	আবশ্যকমত।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ, ৪০ বটিকা প্রস্তুত করিয়া ১ বা ২টা বটিকা শয়নকালে সেব্য।

অল্প মধ্যস্থ গ্রন্থিসমূহের শ্রাবণ ক্রিয়ার হ্রাসবশতঃ কোষ্ঠকাঠিন্য জন্মিলে, নিম্নলিখিত ব্যবস্থায় ৭৫ উপকার পাওয়া যায়।

১০। Re.

এলিউমিনিস্	..	৩ ড্রাম।
টাং কোয়াশিয়া	...	১ আউন্স।
ইন্ফিঃ কোয়াশিয়া	...	অ্যাড ৮ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ, ১ আউন্স মাত্রায় আহাৰান্তে সেব্য।

১১। Re.

এমন কার্ক	...	১ ড্রাম।
টাং ভ্যালেরিয়ান্ এমোনিয়োট	...	১ আউন্স।
একোয়া ক্যান্ফার	...	অ্যাড ৬ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ৬ মাত্রায় বিভক্ত করতঃ, প্রাতে শয্যাভ্যাগের পর ১ মাত্রা সেব্য।

মূত্র বিরেচনার্থ নিম্নলিখিত ব্যবস্থা উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়। বধা—

১২। Re.

এলোইন	...	১/৫ গ্রেণ।
ফেরি সাল্ফ্ এক্সি	...	১/২ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট ক্যাস্কারা স্ত্রাগ্রা	...	১/২ গ্রেণ।
ওলিয়াই বেষঃ পিপ্	...	১ মিনিম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ বটিকা। প্রত্যহ রাত্রে শয়ন কালে ২ বটিকা সেব্য।

আবশ্যক মত এলোইন ও ক্যাস্কারার মাত্রা হ্রাস বা বৃদ্ধি করিয়া লইতে হইবে। অথবা—

১৩। Re.

এক্সট্রাক্ট ক্যাস্কারা লিকুইড্	...	৩০ মিনিম।
এক্সট্রাক্ট মাইসিরিজা লিকুইড্	...	৩০ মিনিম।
মিসারিণ	..	৩০ মিনিম।
টাং কার্ড কোঃ	...	২০ মিনিম।
টাং বেলেডোনা	...	৫ মিনিম।
একোয়া ক্লোরোফর্ম	..	অ্যাড ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। প্রতিরাত্রে শয়নকালে এক মাত্রা সেব্য।

যকৃতের ক্রিয়াবিকার জনিত কোষ্ঠবদ্ধে নিম্নলিখিত পিত্তনিঃসারক বিরেচক ঔষধ বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়। পিত্তনিঃসরণের ব্যাধাত বা বরতাজনিত কোষ্ঠবদ্ধে ইহার উপকারী।

১৪। Re

পিল্ হাইড্রাজ	...	৩ গ্রেণ।
পিল্ রিয়ারাই কোং	...	২ গ্রেণ।

একত্রে ১ বটিকা। শয়নকালে রাত্রে ১টা বটিকা সেব্য।

১৫। Re.

হাইড্রাজ্ সাবক্লোর	..	১ ২ গ্রেণ।
পডোফাইলিন্ রেজিন্	...	১/৪ গ্রেণ।
পালভ্ ইপিকাক্ রাডিক্স	...	১/২ গ্রেণ।
পিল্ কলোসিস্-এ-হায়োসায়ামাস	...	৩ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ বটিকা। রাত্রে ১টা বটিকা সেব্য।

১৬। Re.

একটাক্ট্‌ ইউনিমিন্ ... ১ গ্রেণ।
 এলোইন্ ... ১/৪ গ্রেণ।
 একটাক্ট্‌ বেলেডোনা ... ১/৪ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করত: ১ বটিকা। রাত্রে শয়নকালে সেবা।

মল শুষ্ক ও কঠিন হইলে, নিম্নলিখিত লাবণিক
 বিরেকচ প্রয়োগে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

১৭। Re.

ম্যাগ্‌সাল্‌ফ্‌ ... ৪০ গ্রেণ।
 ম্যাগ্‌ কার্‌ব পণ্ড: ... ১৫ গ্রেণ।
 মিষ্ট্‌ এমিগ্‌ ডেল্‌ ... ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। প্রাতে একমাত্রা সেবা।

(ক্রমশঃ)

স্মল পক্স (Small Pox)—বসন্ত

লেখক—ডাঃ এ, কে, এম, আব্দুল ওয়াহেদ B. Sc., M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন—প্রেসিডেন্সি জেনারেল হস্পিটাল (কলিকাতা)

এসিষ্ট্যান্ট সার্জেন—নেত্রকোণা হস্পিটাল

স্মল পক্স অতি সংক্রামক ব্যাধি। তরুণ একজর
 সহযোগে রোগের সূত্রপাত হইয়া জরের তৃতীয় দিবসে
 চর্মের মধ্যে গুটীকার আবির্ভাব হয় এবং উহা নির্দিষ্ট ভাবে
 ক্রমাগত পরিপুষ্ট হইয়া সর্বাস্থে বিস্তার লাভ করে;
 গুটীকা প্রকাশ পাইবার পর জর বিচ্ছেদ হয়। গুটীকা
 প্রথমে দানার আয়, পরে ফোফার আয় এবং তৎপরে পূঁজ
 পরিপূর্ণ এবং অবশেষে গুটীকা শুষ্ক হইলে উহা আঁইস
 দ্বারা আবৃত হয়। গুটীকা পূঁজে পরিপূর্ণ হইলে পুনরায়
 জর হয়।

রোগীর সংস্পর্শে আসিলে, অথবা রোগ-জীবাণু বায়ু
 সঞ্চারিত হইয়া দেহে প্রবিষ্ট হইলে, রোগোৎপত্তির সম্ভাবনা।
 সম্ভবত: প্রোটোজুন (Protozoon) জাতীয় কীটোপুঁই
 রোগের উৎপাদক কারণ। টীকা লইলে রোগোৎপত্তির
 সম্ভাবনা বরই থাকে। সর্ববয়সেই এই রোগ দেখা দিতে
 পারে। সূত্রপাতী শিশুরাও এই রোগে আক্রান্ত হইয়া
 থাকে। গর্ভাবস্থায় বসন্তের আক্রমণ ঘটিলে অকালে
 গর্ভস্থ সন্তান নষ্ট হয়।

গুপ্তাবস্থা (Incubation Period) :-

রোগোৎপাদক কীটোপুঁই দেহে অধিষ্ঠিত হইবার পর
 হইতে, রোগ লক্ষণ প্রকাশ পাইতে ১০ হইতে ১৫ দিবস
 অতিবাহিত হইতে পারে।

রোগের সূত্রপাত (Early Stage) :-

রোগের প্রারম্ভে হঠাৎ শৈত সাহকারে অথবা কম্প দিয়া
 ১০০—৪ ডিগ্রি জর দেখা দেয়; মস্তকের মস্তুরের দিকে,
 পূর্বে, কোমরের নিকট ও মেরুদণ্ডে বেদনা এবং অত্যধিক
 নিস্তেজ ভাবও দৃষ্ট হয়।

সঙ্গে সঙ্গে জিহ্বা অপরিষ্কার, মুখে চূর্ণক, অনিদ্রা,
 প্রলাপ ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হয়। অল্প বয়স্ক বালক
 বালিকাদের রোগের প্রারম্ভে বমন হইতে দেখা যায়।

প্রোড্রোম্যাল র্যাশ (Prodromal

rash) :- বসন্ত রোগের প্রকৃত গুটীকা আবির্ভূত
 হইবার ১—২ দিন পূর্বে প্রোড্রোম্যাল র্যাশ নির্গত হইতে
 পারে। ইহা দুই জাতীয়; যথা—

(১) ইরিথেমা (Erythema) বা চর্মের লোহিতাভাঃ—ইহা দেহের উপর ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র আকার বিশিষ্ট প্যাচের জায় অথবা দেহের যে সমস্ত স্থলে অস্থি সমুন্নত, তত্পরি অথবা হস্ত বা পদে বাহিরের দিকে আবিস্কৃত হইতে পারে।

(২) চর্মমথো সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম রক্তপাত (Petechiae)ঃ—ইহা কুঁচকীতে উৎপন্ন হইয়া পেটের নিম্নাংশের উপর প্রসারিত অথবা বগলে উৎপন্ন হইয়া গলা এবং ঘাড়ের দিকে বিস্তৃত হইতে পারে; জাহ্নুর পশ্চাৎভাগেও ইহা দেখা দিতে পারে। পেটকিয়াল রাস দেখা দিলে, বসন্তের আক্রমণ কঠিন হইয়া থাকে; স্থান বিশেষে ইরিথিম্যাটাস রাস (erythematous rash) দেখা দিলে সাধারণতঃ বসন্তের আক্রমণ মৃদু হইবার সম্ভাবনা। কিন্তু সর্ক্সে ইরিথিম্যাটাস রাস দেখা দিলে, ইহা হিমোরাজিক শ্রলপত্রের অগ্রদূত মনে করিতে হইবে।

শ্রলপত্রের গুটীকা (Papules)ঃ—রোগের সূত্রপাতের পর তৃতীয় দিনে বসন্তের গুটীকা সর্ক্সপ্রথমে কপালের উপরাংশে চুলের কিনারার নিকট এবং হস্তের কব্জির উপর আবিস্কৃত হয় এবং তৎপরে অতি দ্রুতগতিতে সর্ক্সে বিস্তার লাভ করে। দেহের যে সমস্ত অংশ অনাবৃত থাকে এবং যে সমস্ত স্থল ঘর্ষণ, চাপ এবং অত্যাশ্র প্রকারে উত্তেজিত হইবার সম্ভাবনা, সেখানে গুটীকার প্রাদুর্ভাব হয়। হস্তদ্বয়, স্বক্কেদেশ, বক্ষঃ, পেট, পৃষ্ঠ ইত্যাদির উপর গুটীকা বাহির হইতে থাকে এবং চব্বিশ ঘণ্টার মধ্যে পদদ্বয়ের উপরও গুটীকা বিস্তৃত হইয়া থাকে। ইতিমধ্যে যে সমস্ত স্থলে প্রথমে গুটীকা আবিস্কৃত হইয়াছিল—তথায়ও অনবরত গুটীকা বাহির হইতে থাকে। তিন দিনের মধ্যে সর্ক্সে সম্পূর্ণরূপে গুটীকা প্রকাশিত হইয়া পড়ে।

পেটের উপর গুটীকা স্বরসংখ্যায় প্রকাশিত হয়; বক্ষঃের উপর ইহাদের সংখ্যা অধিক; পৃষ্ঠে স্বক্কে ইহার আরও অধিক সংখ্যায় দৃষ্ট হয়। উভয় হস্তে ইহারা অতি

ঘন ঘন বিস্তৃত হয়। মুখের উপরাংশে ইহাদের সর্ক্সাপেক্ষা সংখ্যাধিক্য দৃষ্ট হয়। দেহের যে সমস্ত স্থলে অস্থিসমূহ সমুন্নত, তথায়ও গুটীকা ঘন সন্নিবিষ্টভাবে প্রকাশিত হয়। কিন্তু কাসিকল অস্থি ও পদদ্বয়ের ম্যালিওলাইয়ের উপর গুটীকা ঘনভাবে দেখা দেয় না।

দেহের সাধারণ তল হইতে যে সমস্ত স্থল নিম্ন বধা—ক্র্যাডিকল অস্থির উপরাংশ; চকুর কোটর ও পেটের পার্শ্বদ্বয় ইত্যাদি—দেহের বিভিন্ন সন্ধিস্থলে যেখানে অঙ্গপ্রত্যঙ্গ বিশেষ পরস্পরকে স্পর্শ করে (flexures), বধা—বগল, কুঁচকী ইত্যাদি স্থলে শ্রলপত্রের গুটীকা প্রায় দেখা যায় না। দেহের উভয়দিকেই গুটীকা সমভাবেই বিস্তৃত হয়।

গুটীকা যখন প্রথম প্রকাশ হয়, তখন উহা চর্মের উপর লোহিতবর্ণ যাত্র এইরূপ দৃষ্ট হয়; চব্বিশ ঘণ্টার মধ্যে উহা দানার আকার ধারণ করে। অঙ্গুলী দ্বারা চিমটি কাটিয়া চর্ম উঠু করিয়া ধরিলে, গুটীকা যে দানার জায়, ইহা স্পষ্টই অনুভূত হয়। তৃতীয় দিবসে দানা রস পরিপূর্ণ ফোঙ্গার আকার ধারণ করে এবং চতুর্থ ও পঞ্চম দিবসের মধ্যে সমুদয় দানাই ফোঙ্গায় পরিণত হয় এবং এই সময় জ্বর বিচ্ছেদ ও লক্ষণসমূহেরও উপশম ঘটে। ফোঙ্গাগুলি গোলাকার এবং প্রদাহযুক্ত লোহিতাভা দ্বারা বেষ্টিত; উহাদের উপরিভাগ ঈষৎ নিম্ন (umbilicated); ফোঙ্গা ছিদ্র করিয়া দিলে উহা সম্পূর্ণরূপে সঙ্কুচিত হইয়া যায় না; ইহা দ্বারাই প্রতীয়মান হয় যে, ফোঙ্গার মধ্যে প্রকোষ্ঠ বিদ্যমান আছে (loculated)। ফোঙ্গাগুলি চব্বিশ ঘণ্টাকাল স্বচ্ছ থাকিয়া পরে পূঁজে পরিপূর্ণ হয়। রোগের পঞ্চম দিনে কপাল ও কব্জির গুটীকা পূঁজবৃত্ত হইতে দেখা যায় এবং অষ্টম দিনে সর্ক্সের গুটীকা পূঁজে পরিপূর্ণ হয়। পূঁজে পরিপূর্ণ হইবার পর গুটীকার উপরিভাগ সমতল হইয়া উঠে; উহাদিগের মধ্যে প্রকোষ্ঠগুলি এক হইয়া যায়; উহাদিগের বেঠনকারী লোহিতাভা অদৃশ্য হয় এবং সন্নিহিত গুটীকাগুলি সন্মিলিত হইয়া যায়। গুটীকা অধিক সংখ্যক ও ঘন সন্নিবিষ্ট হইলে, উহাদের মধ্যে পূঁজ সঞ্চার হইবার পর সন্নিহিত চর্ম ফাঁত ও প্রদাহযুক্ত হয়, এইজন্য

চেহারা ফুলা বোধ হয় এবং হস্ত ও অঙ্গুলী সঞ্চালনে বিঘ্ন ঘটে। ক্ষীত চর্মে বেদনাও অনুভূত হইতে পারে এবং অধিকাংশ স্থলে অসহনীয় চুলকানীর উদ্বেগ হয়। গুটীকা পূজ্যুক্ত হইবার সঙ্গে সঙ্গে পুনরায় জ্বরের উৎপত্তি হয়। রোগের ৬ম বা ৮ম দিবসে পূজ্য পরিপূর্ণ গুটীকা শুষ্ক হইয়া উঠে এবং উহার উপরিভাগে আঁইস গঠিত হয়। ত্রয়োদশ বা চতুর্দশ দিবসে ব্রাউন বা কৃষ্ণবর্ণ আঁইস চর্মে হইতে স্থলিত হয়। হাতের তলা ও পায়ের তলাতে পূজ্য পরিপূর্ণ গুটীকা শুষ্ক হইয়া চর্মের মধ্যে থাকিয়া যায় এবং অতি ধীরে ধীরে কয়েক সপ্তাহ পরে বাহ্য হইয়া আসে।

চর্মের উপর যে সময়ে গুটীকা বাহ্য হয়—মুখ, নাসিকা, গলদেশাভ্যন্তর, ভালভা, ভ্যাঙ্কাইনা, রেষ্ঠাম ইত্যাদির স্নায়িক ঝিল্লীতেও সেই সময় গুটীকা নির্গত হইয়া থাকে। আক্রমণ সাংঘাতিক হইলে, স্বরবন্ত্র, ব্রঙ্কাই, গ্যালেট, ষ্ট্রাক, প্যাঁলেট, জিহ্বা, ফসিস ইত্যাদিতে গুটীকা দেখা দিতে পারে। স্নায়িক ঝিল্লীর উপরস্থ গুটীকা শীঘ্রই ফোকার পরিণত হয় এবং ফোকাও দ্রুতগতিতে অগভীর ধূসরবর্ণ ক্ষততে পরিণত হয়। মুখের মধ্যে গুটীকা আবির্ভাবের ফলে মুখের মধ্যে বেদনা, গলাধঃকরণ করিতে যন্ত্রণা, স্বরভঙ্গ বা স্বরহীনতা (aphonia) বা শব্দোচ্চারণে অসামর্থ্য—এমন কি স্বরবন্ত্রে রসসঞ্চার পথান্ত ঘটিতে পারে। গুটীকার মধ্যে অধিক পূজ্য উৎপন্ন হইলে, পরিণামে গভীর দাগ বা “পক” রহিয়া যায়।

সাধারণ লক্ষণসমূহ (Symptoms)

প্রাথমিক জ্বর—গুটীকা নির্গমনের সঙ্গে সঙ্গে বাড়িয়া উঠে এবং সমুদয় গুটীকা নির্গত হইয়া গেলে, দীর্ঘ ধীরে জ্বরের বিচ্ছেদ হয়; রোগ আরম্ভ হইতে পঞ্চম দিনে জ্বর মগ্ন হয়। গুটীকার মধ্যে পূজ্য সঞ্চিত হইবার সঙ্গে সঙ্গে সপ্তম দিবসে জ্বরের পুনরাক্রমণ হয় এবং নবম বা দশম দিবসে জ্বরের প্রকোপ সর্বাপেক্ষা বৃদ্ধি হইয়া ক্রমশঃ জ্বর ছাড়িয়া যায় কিন্তু শক্ত আক্রমণে চতুর্দশ দিবস পর্যন্তও জ্বর থাকিতে পারে।

বৈবাবিক জ্বর (Secondary Fever)

—সাংঘাতিক আক্রমণে গুটীকাগুলি সন্মিলিত হইয়া গেলে, ফোকার অবস্থায় যে জ্বর থাকে, উহা আর বিচ্ছেদ হয় না। অতি সাংঘাতিক আক্রমণে শ্বাসপ্রশ্বাস অনিয়মিত ও অগভীর এবং নাড়ী ক্ষীণ ও দ্রুত হইয়া থাকে।

উপসর্গসমূহ (Complications) :-

চক্ষু গোলকের উপরিভাগে অথবা অক্ষি পল্লবের অভ্যন্তরস্থ গাত্রে গুটীকা নির্গত হইলে, কনজাংটিভাইটিসের উৎপত্তি হয়। চক্ষুপল্লব ক্ষীত হইয়া উঠে। কর্ণীয় উপর গুটীকা উদ্ভূত হইলে, উহা প্রদাহারিত এবং ক্রমে পচিয়া উঠে। রেটিনা হইতে রক্তপাত হইলে, রোগী অন্ধ হইতে পারে। স্বরবন্ত্রে রস সঞ্চারিত হইলে, ট্রেকিওটমীর আবণ্টক হয়। ব্রঙ্কাইটিস ও ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া উপসর্গস্বরূপ আবির্ভূত হইতে পারে।

উপশমকালে বয়েল বা ফুদ ফোটক, সাধারণ ফোটক বা য়াবসেস, ইরিসিপিলাস, ইম্পিটাইগো প্রভৃতি উৎপন্ন হইতে পারে। বগলের বা গলদেশের গ্রন্থিসমূহ ক্ষীত হইয়া এবং পূজ্য পরিপূর্ণ হইয়া উঠাও অসাধারণ নত। শ্মশ্যাক্ত ও উৎপন্ন হইতে পারে।

প্রকারভেদ (Clinical forms) :-

নিম্নলিখিত কয়েক প্রকারের বসন্ত রোগ দেখা যায়।

(১) মৃদু আক্রমণযুক্ত বসন্ত (মডিফাইড - Modified; ভ্যারিওলয়েড - Varioloid) :- বসন্তের টীকা দ্বারা সুরক্ষিত ব্যক্তিরা অথচ বাহারা পূর্বে কখনও টীকা গ্রহণ করে নাই তাহারা, স্পন্দন দ্বারা মৃদুভাবে আক্রান্ত হইতে পারে। মৃদু আক্রমণের প্রাথমিক লক্ষণসমূহও মৃদু হইয়া থাকে। ইহাতে গুটীকা অতি শীঘ্র নির্গত হয় এবং দানা কিম্বা ফোকা অবস্থার অধিক অগ্রসর হয় না। গুটীকাগুলি একটা প্রকোষ্ঠবিশিষ্ট এবং বিচ্ছিন্নভাবে বিক্ষিপ্ত এবং বহু সংখ্যাবিশিষ্ট হইয়া থাকে।

(২) কনফ্লুয়েন্ট স্মল-পক্স (Confluent form); সম্মিলিত বা সংযুক্ত গুটীকালিপিষ্ট স্মলপক্স :- ইহাতে কপাল, মুখ ও হস্তের গুটীকাগুলি “দানা” অবস্থায় থাকাকালে সম্মিলিত হইতে পারে; সাধারণতঃ ফোন্সার অবস্থায় ও পূঁজ পরিপূর্ণ অবস্থায় গুটীকাগুলি সম্মিলিত হইয়া থাকে। এই প্রকার আক্রমণে রোগীর সাধারণ লক্ষণসমূহও সাজাতিক হইয়া থাকে। রোগের সূত্রপাতের প্রাথমিক অর গুটীকা নির্গমনের সঙ্গে সঙ্গে সম্পূর্ণ বিচ্ছেদ হয় না। পূঁজোৎপাদনের সঙ্গে সঙ্গে রোগীর অর অধিক বৃদ্ধি পায়। সম্মিলিত গুটীকাগুলি পূঁজে পরিপূর্ণ হওয়ার নিমিত্ত চর্ম প্রদাহিত হইয়া উঠে এবং সেইজন্য চোখা ক্ষীত ও অপরিচিত বোধ হয়। চক্ষুগোলক ও অক্ষিপন্নবে গুটীকা নির্গত হইবার ফলে, বিষমভাবে “চোখ উঠিয়া” থাকে; মুখের অভ্যন্তরে গুটীকা নির্গত হইলে; মুখ হইতে অনবরত লালানিঃস্রুত হইতে থাকে; স্বরযন্ত্রে গুটীকার আবির্ভাব হইলে কাশি, স্বরভঙ্গ বা স্বরলোপ ঘটে। অর প্রকোপের সময় ভুলবকা ও উদরাময় দেখা দিতে পারে। অবস্থা শস্ত হইলে, অনেক সময় রোগীর টাইফয়েড অরের জায় অবস্থা ঘটিতে পারে; ইহাতে ক্রমে ক্রমে জদপিণ্ডের ক্রিয়া লোপ পাইতে থাকে এবং দ্বিতীয় সপ্তাহে মৃত্যু ঘটিতে পারে। চর্ম হইতে অত্যন্ত দুর্গন্ধ বাহির হইতে থাকে।

(৩) হিমোর্রাজিক স্মলপক্স, রক্ত পাত সংযুক্ত স্মলপক্স (Hæmorrhagic Small-pox) :- এই শ্রেণীর বসন্তে অত্যধিক মস্তক যন্ত্রণা ও পৃষ্ঠবেদনা সহকারে আক্রমণের সূত্রপাত হয়। অধিক অর না হইলেও শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত হইয়া থাকে। স্মল পক্সের আসল গুটীকা নির্গত হইবার পূর্বে সর্দাজে রক্তাভায়ুক্ত (Purpuric) অথবা সূক্ষ্ম রক্তপাতযুক্ত (petechial) রাস দেখা দেয়। দেহের বিভিন্ন স্থলের মল্লিকি খিল্লী হইতে রক্তপাত হইয়া থাকে এবং অনেক ক্ষেত্রে প্রকৃত গুটীকা নির্গমনের পূর্বে রোগীর মৃত্যু

হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে গুটীকার অন্তর্বর্তী সূক্ষ্ম চর্মে সূক্ষ্ম রক্তপাত হইয়া থাকে; কখনও কখনও বা ফোন্সার তলদেশে রক্তপাত হয় এবং ফোন্সার অন্তরস্থ রস রক্তরঞ্জিত হইয়া যায়। কখনও বা চর্মের মধ্যে রক্তপাতবশতঃ কালশিরা বা কুইজ প্রকাশ পায়। নাসিকা হইতে রক্তপাত, রক্তবমন; জরায়ু হইতে রক্তপাত ইত্যাদি দৃষ্ট হইয়া থাকে। ইহাতে ফোন্সাগুলি সম্পূর্ণভাবে প্রকাশ পায় না; কখনও কখনও ফোন্সাগুলি সম্মিলিত হয়। পায়ে বা দেহের অন্তর চর্মে ফোন্সার অভ্যন্তরস্থ রস রক্ত-রঞ্জিত হইলে, উহাকে কুলক্ষণ বলিয়া মনে করা উচিত নহে। গুটীকার তলদেশে রক্তপাত হইয়াছে দেখিতে পাইলে, উহাকে হিমোর্রাজিক স্মলপক্সের চিহ্ন বলিয়া মনে করিতে হইবে।

(৪) মিশ্র (Mixed form); ভ্যারিওলেয়েড ভ্যারিওলা;—স্মল ও চিকেন পক্সের মিশ্র সংক্রমণ :- এইরূপ আক্রমণ সাধারণতঃ মৃদু হইয়া থাকে; বয়স্ক ব্যক্তিরাই সাধারণতঃ ইহা দ্বারা আক্রান্ত হইয়া থাকে। স্মলপক্স অপেক্ষা ইহাতে আরও দ্রুত গুটীকা নির্গত হয়; ইহাতে গুটীকা এক প্রকোষ্ঠবিশিষ্ট এবং উহাদের উপরিভাগ বসিয়া যায় না (not umbilicated)। রোগের সূত্রপাতে অর, মস্তক যন্ত্রণা ও পৃষ্ঠে বেদনা প্রকাশ পায়, কিন্তু গুটীকায় পূঁজ হয় না বলিয়া দ্বিতীয়বার অর হয় না।

রোগনির্ণয় (Diagnosis) :- গুটীকার বিস্তার প্রণালীর দিকে লক্ষ্য করিলে, রোগ নির্ণয়ে ভুল হয় না। গুটীকা দানার জায় অমুভূত হয় কি না, উহার উপরিভাগ বসিয়া গিয়াছে কি না, ইত্যাদি চিহ্নগুলির উপর অধিক নির্ভর করা যায় না। গুটীকা নির্গত হইবার পূর্বে অরের প্রকৃতি নির্ণয় করা কঠিন; তবে অরের সঙ্গে অতিরিক্ত মস্তক যন্ত্রণা ও পৃষ্ঠ বেদনা এবং অত্যধিক দৌর্দলা পরিলক্ষিত হইলে, বসন্তের কথা স্মরণপথে উদ্ভিত হওয়া উচিত। কুঁচকিতে সূক্ষ্ম রক্তপাত দেখিতে পাইলে

অরুচী বসন্তের জ্বর মনে করা উচিত। এণ্ডোকার্ডাইটিস সেরিব্রোস্পাইন্ডাল ফিভার ইত্যাদিতে রোগের অগ্রগামী রাস নির্গত হয় বটে, কিন্তু বসন্তের প্রকৃত গুটীকা নির্গমনের পূর্বে কুঁচকীতে রাস দেখা যাইতে পারে। গুটীকার বিস্তার-প্রণালী ও অগ্রাণু চিহ্ন দ্বারা রোগ নির্ণীত হইয়া থাকে। শ্বলপক্সের গুটীকার সহিত নিম্নলিখিত পীড়াগুলির ভ্রম হইতে পারে। যথা—

হাম (Measles) :—হামজ্বরে চক্ষু নাসিকা ও মুখের শ্লেষিক ঝিল্লীর প্রদাহ দেখা দেয় ও মুখের মধ্যে কপ্লিক স্পট দেখা যায় ; রাস নির্গমনের সঙ্গে সঙ্গে জ্বরের আধিক্য ঘটে ; বসন্তে গুটীকা নির্গমনের সঙ্গে সঙ্গে জ্বর প্রশমিত হয়।

হ্যাকনী (Aone) বা মুখের ভ্রন :—ইহা তরুণ ব্যাধিও নহে এবং ইহার নিমিত্ত দেহে জ্বর হয় না। এইগুলি মুখে, ঝক্কে, বন্ধে ও পৃষ্ঠে আবিস্কৃত হইতে পারে এবং ইহার মধ্যস্থলে “মাইক্র” থাকে। এইগুলি পূর্ণে পরিপূর্ণ হইতে পারে, কিন্তু বসন্তের গুটীকার জায় কোন সময়ে রসে পরিপূর্ণ হয় না।

সিফিলিস (উপদংশ—Syphilis) :—উপদংশে রাসের বিস্তার-প্রণালী, উভাদের বহু প্রকারভেদ (Polymorphic character), সিফিলিসের অগ্রাণু লক্ষণ সমূহ এবং রোগের ইতিহাস ও ভ্যাসারমান নামক রক্ত পরীক্ষা দ্বারা রোগ নির্ণীত হইয়া থাকে।

চিকেন পক্স (Chicken-Pox) :—বালকবালিকারা সাধারণতঃ ইহা দ্বারা আক্রান্ত হইলেও বয়স্কেরাও ইহা দ্বারা আক্রান্ত হইতে পারে, ইহাতে তৃতীয় দিবসে গুটীকা নির্গত হয় ; গুটীকা প্রথমে বন্ধে ও পৃষ্ঠে দেখা দেয় এবং ঐভাবেই অধিক সংখ্যার প্রকাশ পায়। তৎপরে মুখে, বাহ্যদ্বয়ে ও উরুদ্বয়ে প্রকাশিত হয়। ইহা ক্ষতে পায়ের বড় প্রকাশ পায় না ; উত্তেজিত স্থল সমূহেও ইহা দেখা দেয় না। শ্বলপক্সের জ্বর ইহা বগল ও কুঁচকী পরিভাগ করে না। হাতে এবং পায়ের তলায় গুটীকা

দেখা দিলে, উহা শ্বলপক্সের গুটীকা বলিয়া মনে করিতে হইবে। চার পাঁচদিন ধরিয়া চিকেনপক্সের গুটীকা ঝাঁকে ঝাঁকে ক্রমাগত প্রকাশ পাইতে থাকে। চক্রিশ ঘণ্টার মধ্যে গুটীকা রসে পরিপূর্ণ হয়। এই গুটীকা চর্মের উপরিভাগেই আবিস্কৃত হয় এবং উহারা এক প্রকোষ্ঠ বিশিষ্ট (unilocular) হইয়া থাকে ; কদাচ গুটীকার উপরিভাগ বসিয়া যায় (umbilicated)। কোন একটা নির্দিষ্ট স্থলে বিভিন্ন অবস্থা বিশিষ্ট গুটীকা দৃষ্টিগোচর হইতে পারে।

ভাবীফল (Prognosis) :—বালাকালে টীকা লইলে উত্তর সংরক্ষণ শক্তি ১৫ বৎসর কাল বিद्यমান থাকিতে পারে ; ঐ সময়ে পুনরায় টীকা লইলে উত্তর সংরক্ষণ শক্তি সারা জীবনব্যাপী বিद्यমান থাকে। উৎকৃষ্ট টীকা দ্বারা সুরক্ষিত থাকিবার পর রোগ দেখা দিলেও, উত্তর পরিণাম ফল মন্দ হয় না। টীকা দ্বারা সুরক্ষিত না হইলে, ৫ বৎসর বয়স পর্যন্ত মৃত্যুর হার অত্যধিক দেখা যায়। টীকা দেওয়া থাকিলে শিশুরা আক্রান্ত হইলেও উচ্চাঙ্গের আরোগ্য লাভের সম্ভাবনা থাকে। রোগের অগ্রগামী সর্বাঙ্গব্যাপী স্বাস্থ্য রক্তপাতকে হিমোরাজিক শ্বলপক্সের অগ্রদূত মনে করিতে হইবে। হিমোরাজিক শ্বলপক্স প্রায়ই মারাত্মক হইয়া থাকে। ঘনসন্নিবিষ্ট গুটীকা পরস্পরের সহিত মিলিত হইয়া গেলে, কিম্বা অত্যধিক সংখ্যায় গুটীকা পূজ্বন্ত হইলে, উত্তাও মন্দ বলিয়া ভাবিতে হইবে। অত্যন্ত পৃষ্ঠবেদনা, প্রাথমিক জ্বর ও শেযোক্ত পূজাবস্থায় জ্বর—এই উভয়ের মধ্যে তাপের বিরাম না হইলে ; অনিদ্রা, ভুলবকা, বিद्यমান থাকিলে, স্বরযন্ত্র গুটীকা দ্বারা আক্রান্ত হইলে এবং ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া দেখা দিলে, এই সমুদয়কে কুলক্ষণ বলিয়া ধরিতে হইবে।

চিকিৎসা (Treatment) :—বিশুদ্ধ বায়ুপূর্ণ স্থানে রোগীকে রাখিবার ব্যবস্থা করিতে হইবে। রোগীর চতুষ্পার্শ্ববর্তী স্থান সমূহ স্নিগ্ধ ও আরামদায়ক হওয়া উচিত। জল পরিপূর্ণ শয্যার উপর রোগীকে শায়িত করিয়া রাখাই কর্তব্য। রোগীর কোষ্ঠ পরিষ্কার উপর লক্ষ্য

রাখিয়া চলিতে হইবে। তরল পথ্যই রোগীর পক্ষে অতি উত্তম।

মস্তক যন্ত্রণা, অনিদ্রা, ভুলবকা ইত্যাদির নিমিত্ত মস্তকে বরফ প্রয়োগ, এমপিরিন, ক্লোরাল হাইড্রেট পটাশ বোমাইড, ডোভাস'পাউডার ইত্যাদি প্রযোজ্য।

বরফের গুটীকা দ্বারা আক্রান্ত হইলে, ষ্ট্রিম অটোমাইজার দ্বারা টিং বেঞ্জোইন কোঃ ইত্যাদি আঘাণ লইতে দেওয়া উচিত। মুখের ভিতর গুটীকা উৎপন্ন হইলে, হাইড্রোজেন পারক্সাইড, গ্যালকালাইন বা কার্বলিক লোশন দ্বারা মুখ ধৌত করা উচিত। নাসিকার মধ্যে গুটীকা আবির্ভূত হইলে, গ্যালকালাইন বা কার্বলিক লোশন দ্বারা নাসিকার মধ্যভাগ ধৌত করিয়া লিকুইড প্যারারফিন প্রয়োগ করা আবশ্যক। চক্ষুতে গুটীকা দেখা দিলে, ঘন ঘন বোরিক লোশন দ্বারা চক্ষু ধৌত করিয়া, চক্ষের পাতার কিনারায় অক্সুয়েণ্টাম হাইড্রাজ্জ নাইট্রেটীস ডিল প্রয়োগ করা উচিত। চক্ষের কর্ণিয়া প্রদাহাব্বিত হইলে, এট্রোপিন অয়েন্টমেন্ট প্রয়োগ করিয়া পুস্তলিকে সর্বদা বিক্ষারিত করিয়া রাখা এবং সঙ্গে সঙ্গে অক্সুয়েণ্টাম হাইড্রাজ্জ অক্সাইড ফ্রেভা প্রয়োগ করা কর্তব্য। অনবরত বমন হইতে থাকিলে, বরফ চুষিতে দেওয়া, ডানার জল খাইতে দেওয়া এবং ৫ মিনিম মাত্রায় টিংচার আয়োডিন সেবন করিতে দেওয়া আবশ্যক। অত্যধিক জ্বর ও টক্সিমিয়া বা রোগজনিত বিষ-লক্ষণ প্রকাশ পাইলে, ঔষদে জলে স্পঞ্জ করা বা বরফজলে স্পঞ্জ করা উচিত। সাধারণের মধ্যে অনেকে মনে করেন যে, ঔষধ দ্বারা বসন্তের নির্গমনশীল গুটীকার আবির্ভাব নিবারণ করা যাইতে পারে অথবা আবির্ভূত গুটীকা ভবিষ্যতে যে দাগ রাখিয়া যাইবে—উহা নিবারণ করা যাইতে পারে; কিন্তু ইহা সম্পূর্ণ ভুল ধারণা। গুটীকার মধ্যে রস সঞ্চিত হওয়া মাত্র রোগ জীবাণুবর্জিত ভাবে ঐগুলিকে ছিদ্র করিয়া রস বাহির করিয়া দেওয়া ভাল। চর্ম হইতে নির্গত দুর্গন্ধ বিনাশ করিবার নিমিত্ত গ্লিসারিন এসিড কার্বলিকে (১—৬০) লিট আর্দ্র করিয়া, রোগীর দেহে প্রয়োগ করা উচিত এবং রোগীর গৃহমধ্যে ক্রিয়াজোত

বাস্পাকারে সঞ্চারিত করাও উচিত। গুটীকার উপর হইতে শুষ্ক আইস সহজে উঠিয়া না আসিলে, টার্চ পোন্টিস প্রয়োগ করা আবশ্যক এবং আইস উঠিয়া গেলে জীবাণুনাশক ঔষধযুক্ত জল দ্বারা সর্বদা ধৌত করিয়া জিক্স অয়েন্টমেন্ট প্রয়োগ করা আবশ্যক। রোগের প্রবলাবস্থায় জংপিণ্ড দুর্বল হইলে, ষ্ট্রীকনিই ইঞ্জেকসনরূপে ব্যবহার্য।

গুটীকা নির্গমন অবস্থায় (In eruptive Stage) নিম্নলিখিত ব্যবস্থাগুলি ফলপ্রসূরূপে অনুমোদিত হইয়াছে।

স্থানিক প্রয়োগার্থ—

১। Re.

পটাশ পারম্যাঙ্গানেট লোশন (১ : ১০০০)।

ইরাপ্সনের উপর পেণ্ট করিলে উপকার হয়। এই সঙ্গে পর্যায়ক্রমে নিম্নলিখিত তৈল প্রয়োগ করা কর্তব্য।

২। Re.

এসিড স্যালিসিলিক ৩ ভাগ।

ষ্টাচ ... ৩০ ভাগ।

গ্লিসারিন বা

গুইট অয়েল ... ৭০ ভাগ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইরাপ্সনের উপর প্রযোজ্য।

অথবা

৩। Re.

এসিড স্যালিসিলিক .. ২ ড্রাম।

থাইমল ... ২ ড্রাম।

মেথল ... ৪ ড্রাম।

অয়েল ইউকেলিপ্টাস ৪ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইরাপ্সনের উপর প্রযোজ্য।

অথবা -

৪। Re

অয়েল ইউকেলিপ্টাস ... ১ ভাগ।

গুইট অয়েল ... ৩৯ ভাগ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া স্থানিক প্রযোজ্য।

আভ্যন্তরিক ঔষধ :—বসন্তরোগে লাক্ষণিক চিকিৎসা ব্যতীত কোন ঔষধ সেবন করাইয়া বিশেষ সফল পাওয়ার আশা করা যায় না। চর্ম হইতে দূষিত পদার্থ নির্গমন এবং বসন্তের গুটীকা-চিহ্ন দূরীভূত করণার্থ, কেহ কেহ স্ত্রালাল প্রয়োগ করিতে বলেন। এতদর্থে ইহা ১০ গ্রেণ মাত্রায় ইমালসন আকারে প্রত্যহ ৩ বার সেবা। (I. F. D.— 183 p.)

জ্বর :—উত্তাপ ১০২ ডিগ্রির নীচে থাকিলে, নিম্নলিখিত ঔষধ সেবনে উপকার হয়।

৫। Re.

গ্লিসারিন	...	১ আউন্স।
লাইম য়ুস	...	১ আউন্স।
একোয়া মেম্বপি	...	১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ২—৪ ড্রাম মাত্রায় ৩৪ ঘণ্টান্তর সেবা।

উত্তাপ ১০২ ডিগ্রির বেশী হইলে—

৬। Re.

এস্পিরিন	...	৫ গ্রেণ
পালভ ইপেকা কোঃ	...	৫ গ্রেণ।

একত্র একমাত্রা। একবারে সেবা।

৫ই সঙ্গে প্রত্যহ ৭াতে উষ্ণ জলে ইলেক্ট্রোলাইটিক ক্লোরিন (Electrolytic Chlorine) মিশ্রিত করিয়া (৪০ ভাগ জলে ১ ভাগ) স্পঞ্জিং করা কর্তব্য।

গাত্রো অত্যন্ত চুলকানী বর্তমানে :—

উষ্ণ জলের স্পঞ্জিং বা উষ্ণ সোডি বাইকার্ব লোসনে স্পঞ্জ করিলে কিম্বা ২,৩ বা ৪ নং তৈল স্থানিক প্রয়োগে উচ্চ নিবারিত হয়।

রক্তস্রাবিক বসন্ত (Hemorrhagic Small-pox) :—রক্তস্রাবিক বসন্তে নিম্নলিখিত ঔষধ ফলপ্রসূরূপে ব্যবহৃত হয়। বর্ণা—

৭। Re.

মিষ্ট ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট ... : : ১ আউন্স।

(১ আউন্স জলে ২০ গ্রেণ)

প্রত্যহ ৩ বার সেবা। দুই দিন ইহা প্রয়োগ করা কর্তব্য।
অথবা—

৮। Re.

এসিড ল্যাক্টিক (৭৫%) ... ১৪০ মিনিম।

পরিষ্কৃত জল ... ৪ আউন্স।

একত্র ৪ মাত্রা। প্রত্যহ ২ বার সেবা। অথবা—

৯। Re.

নর্মাণ হর্শ সিরাম ... ১০ সি. সি।

প্রত্যহ প্রাতে, সন্ধ্যাকালে ইন্ট্রাভেনিকুলার ইন্জেকশনরূপে প্রযোজ্য।

সেপ্টিক অবস্থা (Septic Stage) :—

সেপ্টিক অবস্থায় নিম্নলিখিতরূপে চিকিৎসা করা কর্তব্য।
বর্ণা—

(ক) ইলেক্ট্রোলাইটিক ক্লোরিন (৪০ ভাগে ১ ভাগ),
স্যানিটাস (Sanitas) (১ : ১০০০) ; কিম্বা সিলিন
(Cylin) (১ : ৫০০) মিশ্রিত উষ্ণজলে স্পঞ্জিং।

(খ) বৃহদাকার গুটীকাগুলি উন্মুক্ত করিয়া সর্বাঙ্গে
নিম্নলিখিত ঔষধ ছড়াইয়া দেওয়া কর্তব্য।

১০। Re.

ষ্ট্রাচের সঙ্গে এরিষ্টোল (১৫%)

অথবা—

১১। Re.

আরোডোফরম ... ২ ভাগ।

এসিড বোরিক ... ১০ ভাগ।

টাল্ক পাউডার ... ২৮ ভাগ।

(গ) আভ্যন্তরিক প্রয়োগার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ
ব্যবহৃত—

১২। Re.

ট্যাং ফেরি পারক্লোর ... ১০ মিনিম।

লাইঃ হাইড্রার্ক পারক্লোর .. ২০ মিনিম।

মিসারিণ ... ১ ড্রাম।

একোয়া এড আউপ।

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ ৩ বার সেবা।

রক্ত বিষাক্ততা (Septicemic Stage) : রক্ত বিষাক্ততার লক্ষণ উপস্থিত হইলে, কোলারগল (Collargol); ইলেক্ট্রার্গল (Electrargol); আয়োডিন প্রভৃতি ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন করা কর্তব্য। যদি রক্ত পরীক্ষার রক্তে রোগজীবাণুর অস্তিত্ব প্রমাণিত হয়, তাহা হইলে ট্রেন্টোকক্কাই কিম্বা স্ট্যাফিলোকক্কাই পলিভেলেন্ট সিরাম বেশী মাত্রায় (২০-৪০ সি, সি,) প্রত্যহ ইন্ট্রামাস্কিউলার ইন্জেকশন করা উচিত।

সাংঘাতিক স্থলে ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন করাও বাইতে পারে।

গুণীকৃত ক্ষতে পরিণত হইলে :-

এইরূপ স্থলে ক্ষতের প্রান্তে হাইড্রার্ক পারক্লোর লোসন কম্প্রেশন দিয়া ক্ষতোপরি আয়োডোফরম মলম প্রয়োগ করা কর্তব্য। ক্ষত পরিষ্কার হইলে, বোরিক অয়েন্টমেন্ট প্রযোজ্য।

চক্ষু সম্বন্ধীয় উপসর্গ :- বসবসারোগে

চক্ষুর প্রতি সবিশেষ লক্ষ্য রাখা কর্তব্য। প্রত্যহ প্রাতে ও সন্ধ্যায় উষ্ণ বোরিক লোসন চক্ষে প্রয়োগ করতঃ ২:১ ফোঁটা আক্সিরোল (২৫%) লোসন প্রয়োগ করিলে এবং রাতে চক্ষুপল্লবের ধারে অক্সাইমেন্ট হাইড্রার্ক অক্সাইড ক্রেডা লাগাইয়া রাখিলে, চক্ষু সম্বন্ধীয় কোন উপসর্গ প্রায় উপস্থিত হয় না। চক্ষুর মধ্যে কোন অশ্রুভাবিকত্ব লক্ষিত হইলেও এইরূপ চিকিৎসা করা কর্তব্য।

এক্টিনোমাইকোসিস Actinomycosis.

লেখক—ডাক্তার জীনরেন্দ্রকুমার দাশ M. D. (Biochem.)

M. B. & M. C. P. & S. (C. P. S.) M. B. I. P. H. (Eng.)

— ০:*):(০ —

সংজ্ঞা (Definition) : ইহা একপ্রকার পুরাতন সংক্রামক পীড়া এবং ইহা “রে-ফাঙ্গাস্ (Ray fungus) নামক জীবাণু দ্বারা উৎপাদিত হয়। এই পীড়ায় দেহের বিবিধ স্থানে—বিশেষতঃ চোয়াল Jaw) এবং গ্রীবাদেশে দানায়ুক্ত টিউমার (Granulomatous tumors) উৎপন্ন হয়; এই টিউমার মধ্যে পুয়োৎপত্তি হয় এবং এই পূঁজ মধ্যে পীতঃভবর্ণের অতি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বীজের জায় পদার্থ বর্তমান থাকে—ইহাই এই পীড়ার বিশেষত্ব। এই টিউমার উৎপাদন হেতু আক্রান্ত স্থানের ক্ষীণতা লক্ষিত

হয়। দেহের যে কোনও স্থানে ইহা পুনঃ পুনঃ বা একবার নাত্র হইতে পারে। ইহার দ্বারা সংক্রমিত হইলে, আক্রান্ত স্থানের পরিবেষ্টক বিন্যাস প্রদাহযুক্ত ও পূঁজপূর্ণ হয়।

উল্লিখিত টিউমারে সত্ত্ব অপকর্ষ আরম্ভ হইয়া যেমন ইহা ধ্বংসপ্রাপ্ত হয়, অমনি আবার নূতন টিউমার নিশ্চিত হইতে থাকে।

এই পীড়া সাধারণতঃ গৃহপালিত পশু বধা—গো, শূকর, অশ্ব, ভেড়া, ছাগ ইত্যাদি হইতে মনুষ্যদেহে সংক্রমিত হইয়া থাকে।

এই পীড়া শতকরা ৫২ জনের গ্রীবা এবং চোয়ালে, শতকরা ২১ জনের উদর মধ্যে, শতকরা ১৩ জনের ফুস্ফুস মধ্যে, শতকরা ৪ জনের জিহ্বায় এবং শতকরা ২ জনের স্বকে দেখিতে পাওয়া যায়।

গৃহপালিত পশুদের দেহ হইতে সংক্রমণ দ্বারা ইহা মনুষ্য দেহে উৎপাদিত এবং স্বাী অপেক্ষা পুরুষজাতি এই রোগের অধিকতর বশবর্তী হয়।

কারণ-তত্ত্ব (Etiology) :—এই পীড়ার কারণ অনুসন্ধান করিতে গিয়া গবেষকগণ “রে-ফাঙ্গাস” বা “একটিনোমাইসেস” (Ray fungus or actinomyces) নামক এক প্রকার পরাঙ্গপুষ্ট জীবাণুর সন্ধান পাইয়াছেন এবং উহাকে এই রোগের উৎপাদক কারণ বলিয়া নির্দেশ করিয়াছেন।

এই সকল পরাঙ্গপুষ্ট জীবাণু অণুবীক্ষণ যন্ত্র সাহায্যে দেখিলে, ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র গোলকাকৃতির গ্রায় (Ball-shaped) দৃষ্ট হয়।

মজুরদের মধ্যে—বিশেষতঃ, কৃষকদের মধ্যে এই পীড়ার প্রাবল্য সর্বাপেক্ষা অধিক দেখা যায়। ডাক্তার জীস্লার এবং ভার্ণে (Dr. Zeisler and Dr. Verney) মহোদয় বলেন যে—“বাহারী কাঁচা ছোলা, বাদাম, মকাই, মটর ইত্যাদি শস্ত চর্ষণ করে তাহাদের এই পীড়া হইবার সম্ভাবনা অধিক”। এই রোগ একজনের দেহ হইতে অত্র দেহে সংক্রমিত হইতে পারে

মনুষ্য, ঘেব ও গবাদির রোগাক্রান্ত স্থানের রস ও পুঁব মধ্যে এই রোগের জীবাণু “রে-ফাঙ্গাস” বা “একটিনো-মাইসেস” প্রচুর পরিমাণে পাওয়া যায়। সম্ভবতঃ এই পরাঙ্গপুষ্ট জীবাণু আহাৰ্য্য-দ্রব্য দ্বারা দেহান্তর্গত হইয়া রোগ উৎপাদন করিয়া থাকে।

এই পীড়া সাধারণতঃ মনুষ্য ও গবাদি জন্তুর চোয়াল এবং সন্নিহিত বিধান ও কণ্ঠ নলীতে সংক্রমিত হইয়া থাকে। দেহের অন্ত্রাত্ম বিধানেও ইহা সংক্রমিত হইতে পারে। গম, যব, বালী, ওট, রাই, সরিষা ইত্যাদি দ্বারা এই রোগ-বিষ দেহে সঞ্চারিত হয়।

এই পীড়ায়, রোগাক্রান্ত স্থানের নিকটবর্তী কোষসমূহ ধ্বংস প্রাপ্ত ও তথায় রক্তের শ্বেতকণিকাসমূহ সংগৃহীত হয়; পরিবেষ্টক-কোষ সকলের বংশ বৃদ্ধি হইতে থাকে। টিউমার যথোচিত বৃদ্ধি পাইলে চতুর্দিকস্থ সংযোজক তন্তু পরিবদ্ধিত হয় এবং টিউমার—বিশেষতঃ, চোয়ালের টিউমার দেখিতে গুপারির মত—পরিণেবে তন্মধ্যে পুয়োৎপত্তি হয়।

পূর্বেই বলিয়াছি, মনুষ্য দেহের বিবিধ বিধানে এই পীড়া হইতে পারে। ফুস্ফুস, যকৃৎ, অস্ত্র প্রভৃতি আভ্যন্তরিক যন্ত্রে এই রোগ হইলে, সাধারণতঃ বিশেষ কোনও লক্ষণ প্রকাশ পাইতে দেখা যায় না। কিন্তু বাহ্য বিধানে এই রোগ হইলে—বিশেষতঃ, গ্রীবাদেশে বা চোয়ালে—তথায় বৃহৎ বা ক্ষুদ্র অনিয়মিত, দৃঢ়ীভূত ক্ষীতিযুক্ত টিউমার প্রকাশ পায়। অতঃপর কিয়দিন বিলম্বে বিবদ্ধিত টিউমারের কতকাংশ কোমলীভূত ও ধ্বংস প্রাপ্ত এবং পরে পুয়োৎপত্তি হইয়া বাহিরের দিকে নির্গত হয়। পুঁজ নির্গত হইবার পর দীর্ঘকাল পর্যন্ত নালী-ঘা বা সাইনাস্ রহিয়া যায় এবং এই সাইনাসের চারিদিক প্রবদ্ধিত অঙ্গুরসকল দ্বারা পরিবেষ্টিত থাকিতে দেখা যায়। এই নালী-ঘা হইতে দীর্ঘকাল পর্যন্ত পুঁজের রস নির্গত হইতে থাকে।

এই পীড়ার পুঁজ যথানিয়মে অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে রোগোৎপাদক জীবাণু—একটিনোমাইসিস্ সমূহের সমষ্টি দৃষ্ট হয়।

লক্ষণাবলী (Symptoms) :—মুখাভ্যন্তরে বা গলনলীমধ্যে পীড়া প্রকাশ পাইবার হেতু এই যে, জীবাণুসমূহ সাধারণ পীড়িত বা ক্ষয়যুক্ত দন্ত এবং পীড়িত টনসিল মধ্যে সহজেই সংক্রমিত হয়।

পীড়ার প্রাথমিক লক্ষণ—প্যারটিড (কণ্ঠমূল প্রদেশ) বা ম্যাক্সিলারী (চোয়াল) প্রদেশে শক্ত, পিণ্ডবৎ ক্ষতি। অধিকাংশ স্থলেই পীড়া গ্রীবা বা চোয়ালে প্রকাশ পায় এবং প্রায়ই উল্লিখিত প্রাথমিক

লক্ষণই দেখিতে পাওয়া যায়। আক্রান্ত স্থানের ত্বক্ ক্রমশঃ উচু হইতে থাকে এবং প্রদাহযুক্ত ও লোহিতাভ বর্ণ বিশিষ্ট হয়। ইহা ক্রমশঃ ক্ষীণ হইয়া, একটা ক্ষুদ্র মটর পরিমাণ হইতে বড় গুপারির আকার ধারণ করিতে পারে। শীঘ্রই অথবা কিঞ্চিৎ বিলম্বে—এই টিউমার কোমল এবং বিদীর্ণ হইয়া পীতাভ পুঁজ নির্গত হয়। অতঃপর ক্ষতস্থান ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অঙ্গুর পরিবেষ্টিত ক্ষেত্রের ছায় দৃষ্ট হয়। এক্ষণে এই ক্ষতস্থানে এক বা একাধিক নালী-বা বা সাইনাস্ দীর্ঘকাল পর্যন্ত বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। নির্গত পুঁজের মধ্যে বীজের ছায় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র পদার্থ বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। এই পীড়ার গুপ্তাবস্থার কাল ঠিক নির্ণীত হয় নাই। তবে সাধারণতঃ, ইহার গুপ্তাবস্থা কয়েক মাস বলিয়া ধরা হয়। এই পীড়া অতি ধীরে ধীরে মৃদু গতিতে স্বরূপ প্রকাশ করে।

কখন কখন সাইনাস্ টিউমার উপরে অঙ্গুরবৎ মাংসখণ্ড উৎপন্ন হয়। সমস্ত আক্রান্ত স্থান হাতের তালুর অপেক্ষা বৃহৎ হয় না অর্থাৎ সমস্ত প্যাচ্‌টী হাতের তালুর মত অথবা উহা অপেক্ষা কিছু কম হয়। ঐরূপ অঙ্গুরবৎ মাংস, শোষের উপরও জন্মিতে দেখা যায়।

এই পীড়া প্রায়ই মৃদু প্রকৃতির হইয়া থাকে। কখন কখন অত্যধিক পুয়োৎপত্তি হইলে, পুঁজ মধ্যে উৎপাদক জীবাণু ছাড়াও টেফাইলোককাস জীবাণু পাওয়া যায়। এইরূপ হইলে, রোগী অত্যন্ত যন্ত্রণার অনুভোগ করে এবং তৎসহ জরীয় উত্তাপ বৃদ্ধি পাইয়া ভাবীফল অশুভ হয়। পুঁজাধিক্য জ্ঞাত কখন কখন সার্কাস্ট্রীক বিষাক্ততার লক্ষণও প্রকাশ পাইয়া থাকে।

পুঁজ পীড়া বলিয়া এ রোগে প্রায়ই স্বল্পজ্বর, দৈনিক শীর্ণতা, শক্তির হ্রাস ইত্যাদি বর্তমান থাকে।

রোগ নির্ণয় (Diagnosis) :—পন্নীগ্রামের কৃষকদের মধ্যে এই রোগ বহুল দেখা যায়।

পীড়ার ইতিহাস, ক্ষত বা টিউমারের অবস্থান, আক্রান্ত বিধানের প্রকৃতি, নির্গত পুঁজের সহিত পীতাভ ক্ষুদ্র বীজের ছায় পদার্থের নির্গমন (ইহাই এই রোগের প্রধান

বিশেষত্ব) ইত্যাদি বিশেষ যত্ন সহকারে আলোচনা করিলে, রোগ নির্ণয় করিতে কোনই কষ্ট হয় না।

আমুবীক্ষণিক পরীক্ষায়—পুঁজ মধ্যে রোগোৎপাদক জীবাণু পাওয়া গেলে তো আর কোনই সন্দেহ থাকে না। আমুবীক্ষণিক পরীক্ষা ব্যতীতও শতকরা ৭৫।৮০ টি রোগীর অতি সহজেই রোগ নির্ণয় করা যায়। একটু ধৈর্য্য সহকারে লক্ষণাবলীর আলোচনা কর. আবশ্যক।

এই পীড়ার সহিত ত্রৈবারিক উপদংশ, ঔপদংশিক গামা, টিউবার্কিউলোসিস (স্থানিক), সার্কোমা, কাসিনোমা, মাইসিটোমা ইত্যাদি পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। ইহাদের লক্ষণাবলীর সহিত এই পীড়ার লক্ষণাবলীর পর্যালোচনা করিয়া, এই রোগকে উহাদের লক্ষণাবলী হইতে পৃথক করিবে।

আভ্যন্তরীণ যন্ত্রে “একটোনোমাইকোসিস” পীড়া হইলে রোগ নির্ণয় করা কঠিন এবং আমুবীক্ষণিক পরীক্ষা ব্যতীত রোগ নির্ণয় একপ্রকার অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না।

ফুসফুস, গলনলী প্রভৃতিতে এই রোগ হইলে, প্লেগ্মা বা লাল এবং অল্প পাকস্থলী, যকৃৎ ইত্যাদিতে এই পীড়া আক্রমণ করিলে, মল পরীক্ষায়—রোগোৎপাদক কীটোণু পাওয়া গেলে, নিশ্চিতভাবে এই রোগ হইয়াছে বলিয়া স্থির করা যায় ; নচেৎ রোগ নির্ণয় একপ্রকার অসম্ভব।

তবে বাহ্যিক এবং স্থানিক ভাবেই এই রোগ অধিক প্রকাশ পাইয়া থাকে।

চিকিৎসা (Treatment) :—স্থানিক ভাবে বাহ্যবিধানে এই রোগ প্রকাশ পাইলে, অনতিবিলম্বে অস্ত্রোপচার দ্বারা সমস্ত পীড়িত বিধানের ব্যবচ্ছেদ করা কর্তব্য। আক্রান্ত অংশ কঠন করিয়া দূর করিবার পর তদায় আয়োডিন প্রয়োগ করিতে হইবে।

আভ্যন্তরীণ ব্যবহার জন্য আয়োডিন অনুমোদিত হইয়াছে। এতদর্থে টিং আয়োডিন (রেইটিকায়েড্) ২—৫ বিন্দু মাত্রায় ৩৪ বার বিধেয়।

অনেকে আরোডিন ইঞ্জেকসন দিতে বলেন। এতদ্বারা
“কলোসোল আরোডিন” ৩—১০ সি, সি, পরিমাণ
নিউনের পেশীমধ্যে সপ্তাহে ২ বার ইঞ্জেকসন
উপকারী।

স্থানিক চিকিৎসার জন্ত “এক্স-রে” বা রঞ্জনরশ্মি
প্রয়োগ অথবা “আল্ট্রা-ভায়লেট-রে” প্রয়োগ
উৎকৃষ্ট।

বিনা স্নায়ু চিকিৎসায় কেবলমাত্র “আল্ট্রা-ভায়লেট-রশ্মি”
প্রয়োগেই এই রোগ আরোগ্য হইতে পারে।
আভ্যন্তরীণ যন্ত্র (ফুসফুস, স্নায়ু ইত্যাদি) এই পীড়ার দ্বারা
আক্রান্ত হইলে অনেকে পূর্ণমাত্রায় পটাশিয়াম্ আয়োডাইড
সেবন করিতে দিয়া উপকার পাইয়াছেন বলিয়া যত
প্রকাশ করেন।

আবশ্যক হইলে ক্ষতস্থ পূজ লইয়া “অটোভ্যাকসিন”
প্রস্তুত করাইয়া তাহার ইঞ্জেকসন দিলেও সুন্দর ফল
হইতে দেখা যায়।

পল্লীগ্রামে অটোভ্যাকসিন করাইবার সুযোগ হয় না।
যেখানে ইহা সহজসাধ্য সেখানে এই চিকিৎসা করা
বাইতে পারে।

স্থানিক ক্ষত সর্কদা পরিষ্কার রাখা কর্তব্য। এতদ্বারা
হাইড্রোজেন পারক্সাইড, বোরিক ক্রীম, আরোডিনের
মলম ব্যবহার্য।

ক্ষত পরিষ্কার করিয়া বিশোধিত গজ্ব লিণ্ট দ্বারা
ঢাকিয়া রাখিতে উপদেশ দেওয়া উচিত।

ভাবীফল (Prognosis) : এই পীড়ার
সাধারণ ভাবীফল মন্দ নহে। স্থানিক ও বাহ্যিক পীড়া
প্রায়ই আরোগ্য হইয়া যায়।

আভ্যন্তরীণ যন্ত্র আক্রান্ত হইলে ভাবীফল আশঙ্কা-
জনক।

সার্বাসঙ্গীক লক্ষণাবলীর প্রাবল্য অনুযায়ী ইহার ভাবীফল
শুভ বা অশুভ হয়।

তবে স্থানিক পীড়ার একটু সুচিকিৎসা হইলে প্রায়ই
ফল ভাল হইয়া থাকে।

প্লুরিসি —Pleurisy.

(ফুসফুস আবরণক বিচ্ছিন্ন প্রদাহ)

লেখক—ডাঃ শ্রীজ্ঞানচন্দ্র চট্টোপাধ্যায় L. M. S.

অধ্যাপক—বেঙ্গল এলেন হোমিওপ্যাথিক বলেজ

ও বাঙ্গালা ফিজিওলজি প্রণেতা

—○:(*) :—

সংজ্ঞা (Definition) :—প্রত্যেক ফুসফুসকে
রেখিয়া বালিসের ওয়াড় বা গেলাপের ন্যায় একখানি
পাতলা আবরণ আছে, তাহাকে প্লুরা কহে। ঐ আবরণ
দ্বিবিভাব আছে যে, তাহার কতক অংশ ফুসফুস গাত্রে
দৃশ্য ও কতকংশ দেহের অন্তর গাত্রে ডায়াফ্রামে
(Diaphragm) অর্থাৎ কুক্ষি ও বক্ষঃগহবরের পেশী ও

আবরণ দেউলে সংলগ্ন থাকে ; ফলে এই দুই স্তরের মধ্যে
যে স্থান থাকে, তাহা স্বভাবতঃ স্পষ্ট (visible) না
হইলেও মৃত্যু ও ব্যাধিতে প্রকাশ পায়। সেই স্থানকে
প্লুরার থলি বা গহবর (Plural Sac) বলে।

উক্ত আবরণের প্রদাহ প্লুরিসি নামে অভিহিত
হয়।

প্রকার ভেদ (Clinic 1 Varieties):—

প্লুরা এবং প্লুরাল ক্যাভিটির নৈদানিক অবস্থা অনুসারে প্লুরিসি পীড়াকে দুইভাগে বিভক্ত করা যায় যথা—

(১) তরুণ প্লুরিসি (Acute Pleurisy) ;

(২) পুরাতন প্লুরিসি (Chronic Pleurisy) ;

যথাক্রমে এই দুই প্রকার প্লুরিসির বিষয় কথিত হইতেছে।

(১) তরুণ প্লুরিসি Acute Pleurisy.

শ্রেণীবিভাগ (Classification) :—প্লুরা তরুণ প্লুরা প্রদাহের অবস্থানুসারে তরুণ প্লুরিসি সাধারণতঃ নিম্নলিখিত কয়েক শ্রেণীতে বিভক্ত করা হইয়াছে। যথা—

(ক) তরুণ শুষ্ক প্লুরিসি (Acute dry, fibrinous or plastic pleurisy) ;

(খ) রসোৎস্রজনযুক্ত প্লুরিসি (Pleurisy with serous effusion, Acute Sero-fibrinous pleurisy) ;

(গ) পুঁজোৎস্রজনযুক্ত প্লুরিসি (Pleurisy with purulent effusion or empyema) ;

যথাক্রমে ইহাদের বিষয় উল্লিখিত হইতেছে।

(ক) তরুণ শুষ্ক প্লুরিসি Acute dry pleurisy.

পরিভ্রম (Definition) :—বিবিধ রোগ-জীবাণু (Micro-organism) কর্তৃক উৎপাদিত এবং অস্বাভাবিক পরিমাণে সোজিক (Fibrin) পদার্থ এবং

সামান্য পরিমাণে জলীয় পদার্থ (Fluid) উৎস্রষ্টমানক প্লুরা তরুণ প্লুরা উপরংশের (Superficial) তরুণ প্রদাহকে “শুক প্লুরিসি” বলে।

নামান্তর (Synonyms) :—ইহার অপর নাম “একিউট ফাইব্রিনাস প্লুরিসি (acute fibrinous pluerisy) বা প্লাস্টিক প্লুরিসি (Plastic pleurisy)”।

শ্রেণীবিভাগ (Classification) :—তরুণ শুষ্ক প্লুরিসিকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করা হইয়াছে। যথা—

(১) স্বতোদ্ভূত তরুণ শুষ্ক প্লুরিসি (Primary or Idiopathic dry pleurisy) ;

(২) অপর ব্যাধি কর্তৃক উদ্ভূত তরুণ শুষ্ক প্লুরিসি (Secondary dry pleurisy) ;

(১) স্বতোদ্ভূত তরুণ শুষ্ক প্লুরিসি :—সাধারণতঃ বৃকে ঠাণ্ডা বা আঘাত লাগা বশতঃ এই শ্রেণীর প্লুরিসির উৎপত্তি হয়।

লক্ষণ (Symptoms) :—হঠাৎ পার্শ্ববেদনা, তৎসহ অর, প্লুরার ঘর্ষণজনিত শব্দ (friction sound) প্রভৃতি সামান্য লক্ষণ প্রকাশ পায়। সাধারণতঃ ৪৫ দিনের মধ্যেই এই প্রকারের পীড়া আরোগ্য হইতে দেখা যায়। কিন্তু অনিয়ম অত্যাচার ও উপেক্ষার ফলে, পীড়া সাংঘাতিক হওয়াও অসম্ভব নহে এবং হয়ও। অনেক সময় এই পীড়ার প্রারম্ভিক পার্শ্ববেদনা “ফিক্‌ব্যথা” বলিয়া উপেক্ষিত হয়। কিন্তু রোগীর মৃত্যুর পর শব্দ ব্যাচ্ছেদে অনেক স্থলে প্লুরার স্পষ্ট প্রদাহের লক্ষণ দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। এই অবস্থায় উভয় প্লুরা বা প্লুরা উহার অন্তর গাত্রের সহিত সংলগ্ন হইয়াছে দেখা যায়। প্লুরার গাত্রের গাট বোলা লিম্ফ (Lymph) বা রক্তের জলীয় অংশ জমিয়া কানার জাঘ অবস্থিতি করে এবং উহা শুষ্ক হইয়া উভয়

আবরণকে বৃত্ত করিয়া দেয় কিম্বা প্লুরা ও বক্ষে:র অভ্যন্তর পাত্রের সঙ্গে সংলগ্ন হইয়া থাকে।

সুতরাং পীড়ার লক্ষণ যতই সামান্য হউক না কেন, তাহা উপেক্ষা করা কর্তব্য নহে।

(২) অপর ব্যাধি কর্তৃক উদ্ভূত তরুণ শুষ্ক প্লুরিসিসঃ—এই প্রকার প্লুরিসিস অপর কোন পীড়ার উপসর্গরূপে কিম্বা ঐ সকল পীড়া কর্তৃক উৎপাদিত হইয়া থাকে। এইরূপে নিউমোনিয়া, ক্যান্সার, ফুস্ফুসের শোথ বা ফোটক, কিম্বা পচন (Edema, abscess or gangrene of the lungs), যক্ষ্মা (Tuberculosis) পীড়ায় এইরূপ প্লুরিসিস বিদ্যমানতা দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে।

(খ) রসোৎসৃজনযুক্ত তরুণ প্লুরিসিস Acute Sero-fibrinous pleurisy.

কারণ তত্ত্ব (Etiology)ঃ—ঠাণ্ডা লাগা একটা কারণ বলিয়া বিখ্যাত বটে, কিন্তু প্রকৃতপক্ষে উহাই তাহার কারণ নহে। সম্ভবতঃ, এই ব্যাধি জীবাণু উদ্ভূত এবং সেই জীবাণু সম্বন্ধে মতভেদ থাকিলেও অনেকে স্বীকার করেন যে, ইহা টিউবারকুল জীবাণু ঘটত। যদিও দশ আনা ভাগ সারিয়া যায় ও পরে কোন যক্ষ্মার লক্ষণ প্রকাশ করে না, কিন্তু যেগুলি সহজে সারিতে চায় না, তাহাদের প্রায় সকলেরই ভবিষ্যৎ জীবনে যক্ষ্মার লক্ষণ প্রকাশ হইয়া থাকে।

জীবাণু তত্ত্ব (Bacteriology)ঃ—প্রধানতঃ নিউমোককাস (Pneumococcus), স্ট্রেপ্টোককাই (Streptococci), স্ট্যাফিলোককাই (Staphylococci), টাইফয়েড ব্যাসিলাস (Typhoid bacillus), টিউবারকুল ব্যাসিলাস (Tubercle bacillus), ডিপথেরিয়া ব্যাসিলাস (Diphtheria bacillus) প্রভৃতি আণুবীক্ষণিক রোগজীবাণু (Micro-organism) কর্তৃক এই শ্রেণীর পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে বলিয়া,

আধুনিক জীবাণুতত্ত্ববিদ পণ্ডিতগণ সিদ্ধান্ত করেন এবং পরীক্ষার দ্বারাও ইহা প্রমাণিত করিয়াছেন। এইসকল জীবাণুর মধ্যে স্ট্রেপ্টোককাস শ্রেণীর জীবাণু অত্যন্ত মারাত্মক।

নৈদানিক অবস্থা (Pathological Character)ঃ—এই শ্রেণীর পীড়ায় নিম্নলিখিত বৈধানিক ও বাহ্যিক অবস্থান্তর পরিলক্ষিত হইয়া থাকে।

প্লুরা (Pleura)ঃ—প্লুরার গাঠন্য অল্পবিস্তর জলীয় পদার্থ (Serous matter) দৃষ্ট হয়। অল্পবীক্ষণ যন্ত্র সাহায্যে পরীক্ষা করিলে, উহাতে যেতরজকণিকা (white corpuscle), স্ফীত সেল, সোত্রিক পদার্থ (Fibrin) ও লাল রক্তকণিকা (red corpuscle) দৃষ্ট হয়।

প্লুরা অভ্যন্তরস্থ জলীয় পদার্থ (Pleural effusion)ঃ—প্লুরার মধ্যে যে জলীয়মাংশ নিঃসৃত হয়, উহার বর্ণ সাধারণতঃ মেটে বা মেঘের বর্ণের স্থায় দেখা যায় কিন্তু সাংঘাতিক প্রকারের পীড়ায়—বিশেষতঃ, টিউবারকিউলোসিস পীড়ার সহবর্তী প্লুরিসিতে পীত (yellow) বা সবুজাভ পীতবর্ণ (greenish-yellow) বিশিষ্ট হইতে দেখা যায়। ইহার আপেক্ষিক গুরুত্ব ১.০১৮ পর্য্যন্ত এবং পরিমাণ ১/২—৪ সের পর্য্যন্ত হইতে পারে। এই তরল পদার্থ অল্পাধিক পরিমাণে শোষিত হয় এবং অবশিষ্টমাংশ প্লুরার গাত্রে সংলগ্ন থাকে। এই তরল পদার্থে শতকরা ৪ ভাগ (৪% পারসেন্ট) অণুলাল (এলবুমিন—Albumin) দৃষ্ট হয়।

ফুস্ফুস (Lungs)ঃ—ফুস্ফুস স্ফুটিত হয়; প্রচুর জল নির্গমে ফুস্ফুস চাপ দ্বারা বায়ুশূণ্য রক্ত শূন্য ও কৃষ্ণবর্ণ ধারণ করিয়া মেরুদণ্ডের নিকট পড়িয়া থাকে, এবং মাংসপিণ্ডের স্থায় (carnified) দেখায়। যকৃতের নিজের বিশেষ পরিবর্তন না হইলেও, দক্ষিণ দিকে জল জমিলে, উহাকে ঠেলিয়া নামাইয়া দেয় ও পঞ্জরের নিয়ে প্রকাশ পায় ও হস্ত দ্বারা অনুভূত হয়।

হৃদপিণ্ড (Heart) :—হৃদপিণ্ড স্থানভ্রষ্ট হইয়া থাকে ; বামদিকে অধিক জল জমিলে হৃদপিণ্ড দক্ষিণ দিকে সরিয়া যায়, সচরাচর বক্ষস্থির (sternum) মধ্য রেখা পার হয় না ; দক্ষিণ দিকে জল জমিলে হৃদপিণ্ডকে ঠেলিয়া বাম অক্ষিলারি (Axillary) দেখা বা বগলের নিকট লইয়া যায়। স্থানচ্যুত হইলেও হৃদপিণ্ড কিংবা ভেনাকোভা শিরা মূড়াইয়া যায় না।

লক্ষণ (Symptoms) :—হঠাৎ কম্প দিয়া পার্শ্ববেদনা ও অর হইয়া ব্যাধির স্বরূপাত হয়।

দেনা (Pain) :—ইহা অত্যন্ত কষ্টদায়ক। এই বেদনা চুচুকের নিম্নে অথবা বগলের মধ্যবর্তী স্থানে অম্লভূত হয়, কখন কখন কুক্ষিতে কিংবা পৃষ্ঠেও অম্লভূত হইয়া থাকে। ইহা তীব্র কষ্টদায়ক ও বাশির সহিত বৃদ্ধি পায়।

কাশি :—প্রথম হইতেই কাশি দেখা দেয়। কাশি নিজে কষ্টদায়ক নহে, কিন্তু কাশির বেগের জন্য প্লুরার ঘর্ষণ হেতু বেদনা অম্লভূত হয়। কোন কোন ক্ষেত্রে কাশি থাকেও না। কাশির সহিত কফ (গয়ের—শ্লেষ্মা) অতি সামান্যই উঠে, তাহা শ্লেষ্মাময় ও রক্তরঞ্জিত হইতে পারে।

শ্বাসকূচ্ছ (Dyspnoea) :—প্রথম হইতেই শ্বাসপ্রশ্বাসে বেদনা অম্লভূত হয়, তাহার ফলে হাঁপ হয়, পরে ফুসফুস চাপ পাইয়া অকর্ষ্য হইলে, ঐ শ্বাসকূচ্ছ প্রকৃত হয় ; অধিকাংশ ক্ষেত্রে প্রথমোক্ত ঘটনাই ঘটয়া থাকে। যদি জলকরণ অধিক হব, তবে রোগী আক্রান্ত দিক চাপিয়া শয়ন করে। কারণ, তাহাতে অপর নীরোগ ফুসফুস খেলিবার অধিক সুযোগ পায় ও শ্বাসকষ্ট অপেক্ষাকৃত অর হইয়া থাকে।

জ্বর (Fever) :—শুষ্ক প্লুরিসি অপেক্ষা ইহাতে জ্বরী উত্তাপ বৃদ্ধি হইয়া থাকে। উত্তাপ সাধারণতঃ ১০২—১০৫ ডিগ্রি পর্যন্ত হইতে পারে।

নাড়ী (Pulse) :—নাড়ী কঠিন, দ্রুত এবং উহার স্পন্দন সংখ্যা প্রতি মিনিটে ৯০—১২০ হইতে পারে।

প্রস্রাব (Urine) :—প্লুরার মধ্যে জলীয় পদার্থ উৎস্রজন হওয়ার সঙ্গে প্রস্রাবের পরিমাণ হ্রাস প্রাপ্ত হয় ; ক্রমশঃ প্রস্রাবের পরিমাণ অধিকতর হ্রাস, উহা গাঢ় ও উহার আপেক্ষিক গুরুত্ব বৃদ্ধি হইতে থাকে। উৎস্রষ্ট জলীয় পদার্থ শোষিত হইতে থাকিলে, মূত্রের পরিমাণ বৃদ্ধি ও উহার গাঢ়ত্ব হ্রাস হয়।

ভৌতিক লক্ষণ (Physical Signs) :—নিম্নলিখিত বিভিন্ন প্রকার পরীক্ষায় বিশেষ বিশেষ লক্ষণ পাওয়া যায়। যথা—

(ক) সন্দর্শন (Inspection or observation) :—রোগীর বক্ষের প্রতি লক্ষ্য করিলে আক্রান্ত দিক নিশ্চল এবং অত্যধিক জলীয় পদার্থের উৎস্রজনবশতঃ উহা ক্ষীত দেখা যায়। পঞ্জর মধ্যবর্তী স্থান জলীয় পদার্থে পূর্ণ হয় বটে, কিন্তু ক্ষীত হয় না। হৃদপিণ্ডের স্পন্দন স্থানচ্যুত হয়—বাম দিক আক্রান্ত হইলে এই শব্দ বক্ষস্থির নিম্নে লুকাইয়া যায় অথবা দক্ষিণ দিকের তৃতীয় বা চতুর্থ পঞ্জরাস্থির মধ্যবর্তী স্থানে দৃষ্ট হয় ; দক্ষিণ দিক আক্রান্ত হইলে হৃদপিণ্ডের স্পন্দন, বাম চুচুকের নিকট বা বাম বগলের নিকট দেখা যাইতে পারে।

স্পন্দন (Palpation) :—আক্রান্ত দিকে বুকের উপর স্পর্শ করিলে, উহার নিশ্চলতা ও পঞ্জর মধ্যবর্তী স্থানের পূর্ণতা উপলব্ধি হইয়া থাকে। হৃদপিণ্ডের স্থানচ্যুতি নিরূপণ করা হয়। এই অবস্থায় গাত্রচর্মের শোথ (oedema) হয় না। বাক্যকখনজনিত কম্পন (fremetus) কমিয়া যায় বা লুপ্ত হয়, কিন্তু শিশুদিগের লুপ্ত হয় না।

আঘাতজনিত শব্দ (Percussion) :—পীড়ার স্বরূপাতে আক্রান্ত দিকে বুকের উপর আঘাত

করিলে বিশেষ কিছুই বুঝিতে পারা যায় না, ক্রমে যেমন পুরা মধ্যে জল জমিতে থাকে, প্রতিঘাতে তেমন শব্দ অস্পষ্ট হয়, পরে শব্দ আদৌ থাকে না (flat dullness)। এই শব্দহীনতা বুকের নিম্নদেশ (base) হইতে ক্রমে উর্দ্ধে উঠিতে থাকে এবং পঞ্জর মধ্যবর্তী চতুর্থ স্থানে যাইতে পারে। ক্লাভিকেলের অর্থাৎ কঠাস্থির নিম্নে আঘাতজনিত শব্দ উচ্চ হইয়া থাকে, ইহাকে “স্কোডাক্ রেজোনান্স” (Skodaic resonance) কহে। এই বর্জিত শব্দ পৃষ্ঠের দিকে জলসম্বৃত রেখার ঠিক উপরেও পাওয়া যায়। দক্ষিণ দিকে ঐ শব্দহীনতা যত্বজনিত শব্দহীনতার সহিত মিলিত হয় এবং বামদিকে “ট্রান্সেমিলিউনার স্পেস” নামক স্থানের পাকস্থলীর উপস্থিতিজনিত উচ্চ শব্দকে লুপ্ত করে।

আকর্ষণ (Auscultation) :—আক্রান্ত দিকে বুকের উপর ষ্টেথিস্কোপ দ্বারা শ্রবণ করিলে পীড়ার স্বরূপান্তরেই পুরার উভয় স্তরের ঘর্ষণজনিত শব্দ (friction) শুনা যায়। কিন্তু পুরার মধ্যে যেমন জল জমিতে থাকে, তেমনই ঐ শব্দ লোপ পায়। এই ঘর্ষণজনিত শব্দ শুক, নূতন চর্মের ঘর্ষণজনিত মৃদু মস্-মস্ শব্দের ত্রাণ, কর্ণের অতি নিকটে বলিয়া বোধ হয় এবং তাহা প্রাশ্বাসে ও নিশ্বাসে উভয় কালেই শ্রুত হয়। শ্বাসপ্রশ্বাসজনিত শব্দ প্রথমে অস্পষ্ট, পরে টিউবিউলার অর্থাৎ প্রাশ্বাস ও নিশ্বাসকালে সমভাবে শুনা যায়, অবশেষে কোন শব্দই পাওয়া যায় না। জলস্তবেব ঠিক উপরে শ্বাসশব্দ কর্কশ ও টিউবিউলার হয়।

বাক্য ধ্বনি (Vocal resonance) :—প্রথমে মৃদু, পরে লোপ পায়। চুপি চুপি কথা কহিলে তাহার শব্দ জলীয় দ্রব্য দিয়া শুনিতে

পাওয়া যায়, কিন্তু পূজ থাকিলে শুনা যায় না (Bacillis sign)। কথা কহিবার যে শব্দ হয়, তাহা উচ্চ (Bronchophony) বা আনুনাসিক (Aegophony) শ্রুত হয়। হৃদপিণ্ডের শব্দ যথাস্থানে শুনা যায় না তাহার স্থানবিচ্যুতি ঘটে এবং তাহাতে এক অস্পষ্ট ধ্বনি (Murmur) থাকে। পুরা ও পেরিকার্ডিয়াম (হৃদপিণ্ডের বহিরাবরণ) ঘর্ষণজনিত শব্দও হইতে পারে; শ্বাস বন্ধ করিলেও যদি ঐ শব্দ থাকে, তবে পুরা ও পেরিকার্ডিয়াম ঘর্ষণ শব্দ বলিয়া বুঝিতে হইবে।

রক্ত (Blood) :—রক্তমধ্যে খেতরক্তকণিকা বৃদ্ধি পায়।

ভোগকাল (Duration) :—সচরাচর জ্বর ও দৃষ্ট লক্ষণ সমূহ শীঘ্রই (৭—১০ দিনে) উপশমিত হয়। কিন্তু পুরামধ্যস্থ জল শুকাইতে তিন হইতে পাঁচ সপ্তাহ সময় লাগে। তবে জলের পরিমাণের উপর ঐ সময়কাল নির্ভরকবে। কদাচিৎ পুরার সঞ্চিত জলীয় পদার্থ উহা ভেদ করিয়া ফুস্ফুসে প্রবেশ করে। পীড়া যক্ষ্মাজনিত হইলে, ঐ জল বহু সপ্তাহ ধরিয়া থাকে ও শুকাইতে চাহে না।

নানাকারণে হঠাৎ রক্তা গটিতে পারে। হৃদপিণ্ডের কিংবা পাল্‌মোনারি ধমনীর এম্বলিজম্ বা থ্রম্বোসিস্ অর্থাৎ রক্তপিণ্ড দ্বারা বন্ধ হওয়া, ফুস্ফুসের শোথ (edema) দ্বারা, হৃদপিণ্ডের পেশীর ধ্বংস বা দুর্বলতা দ্বারা, হৃদপিণ্ডের হঠাৎ স্থানচ্যুতি কিংবা বৃহৎ রক্তনালী মোচড় খাইয়া হঠাৎ মৃত্যু হইতে পারে।

(ক্রমঃ)

খাদ্য—Food.

লেখক—ডাঃ শ্রী ব্রজেন্দ্রচন্দ্র ভট্টাচার্য্য L. M. F.

মেডিক্যাল অফিসার, অষ্টগ্রাম চেরিটেবল ডিস্পেন্সারী

ময়মনসিংহ

(পূর্ব প্রকাশিত ৪র্থ সংখ্যার (শ্রাবণ) ১৯০ পৃষ্ঠার পর হইতে)

— — — • : (*) : (• — — —

ছানাজাতীয় পথ্য (Proteids)ঃ—
মাছ, মাংস, ডিম, দুধ, দাল, প্রভৃতি। গমের আটাতে
ছানাজাতীয় উপাদান পাওয়া যায়।

মাখনজাতীয় জিনিষ (Fats)ঃ—
মাখন, ঘি, তৈল, প্রভৃতি। ছানাজাতীয় পথ্যের
নাইট্রোজেনবিহীন অংশ হইতে রেহজাতীয় জিনিষ উদ্ধৃত
হইতে পারে।

লবণঃ—সৈন্ধব, কর্কচ লবণ। তরকারী হইতে
অনেক ধাতব লবণ পাওয়া যায়। তৃণ ও ডিষে প্রচুর
পরিমাণে ক্যালসিয়াম জাতীয় লবণ থাকে। আমরা যে
চাউল, আটা, ফল প্রভৃতি আহাৰ করি, তাহাতেও লবণ
আছে।

আমরা যাহা আহাৰ করি তাহার মধ্যে সেলুলোজ
('cellulose') নামক এক প্রকার জিনিষ আছে।
সেলুলোজ অন্ত্রের ক্রিয়া বৃদ্ধিত করে। ইহাও
কার্বোহাইড্রেট পথ্যের অন্তর্গত।

উল্লিখিত বিষয় হইতে বুঝিতে পারা যায় যে, স্বাস্থ্যরক্ষা
করার উদ্দেশ্যে কোন একপ্রকার খাদ্য আহাৰ করিলে
চলিবে না, প্রয়োজনানুযায়ী সকল প্রকার খাদ্যই খাইতে
হইবে। কোন একপ্রকার জিনিষ প্রত্যহ আহাৰ
করিলে অরুচি জন্মে, তাহাতে পরিপাক ক্রিয়ার
ব্যাঘাত হয়। সে কারণে পথ্যের পরিবর্তন করা বাঞ্ছনীয়।
ছানাজাতীয়, মাখনজাতীয়, শর্করা বা খেতসার প্রভৃতি
ভিন্ন ভিন্ন জাতীয় খাদ্য আহাৰ করা উচিত।

খাদ্য দ্রব্যের মধ্যে ছানাজাতীয় উপকরণ খুব বেশী

উপকারী। মাছ, মাংস, ডিম, দুধ, দাল, গমের আটা
(আটার মধ্যে গ্লুটেন (gluten) নামক জিনিষ
ছানাজাতীয়) প্রভৃতি হইতে যথেষ্ট ছানাজাতীয় উপকরণ
পাওয়া যায়। যদিও ইহাদের সমস্তই ছানাজাতীয় জিনিষ,
তথাপি পরিপাক পাওয়ার ফলে, "এমাইনো-এসিড্" (the
ultimate cleavage products of Protein
digestion—amino-acid) নামক জিনিষ উৎপন্ন হয় ;
তাহা নানা প্রকারের হয়। ইহাদিগের দ্বারা কৈশিক
বিধানের (cellular tissues) সংগঠন ও ক্ষয়পূরণ
কার্য সম্পন্ন হইয়া থাকে। এই সকল "এমাইনো-এসিড্"
শোষিত হইয়া রক্তে পরিচালিত হয়। বিভিন্ন কৈশিক
বিধান (different cellular tissues), রুচি বিভিন্নতায়
ভিন্ন ভিন্ন "এমাইনো-এসিড্" গ্রহণ করে। ভিন্ন ভিন্ন
লোকের কৈশিক বিধানের রুচি ভিন্ন ভিন্ন হয়। সেজন্য আমরা
দেখিতে পাই যে, কেহ মাছ খাইতে ভালবাসে, কেহ মাংস
খাইতে ভালবাসে, কেহ দুধ খাইতে ভালবাসে, কেহ
আবার দাল খাইতে ভালবাসে। শরীরে অনেক প্রকার
কৈশিক বিধান আছে, ইহাদের রুচিও অনেক প্রকারের
বলিয়া, কেবল একপ্রকার ছানাজাতীয় খাদ্য দ্বারা কাজ
চলে না। এইজন্য আমরা অনেক সময়ই দুই তিন প্রকার
ছানাজাতীয় পথ্য একত্রে আহাৰ করিয়া থাকি।

আমাদের দেশে বহু লোক আছেন—যাহারা মাছ,
মাংস ডিম ইত্যাদি খান না। তাঁহারা দাল, দুধ, ঘি,
তরকারী প্রভৃতি আহাৰ করেন। বাংলাদেশের অধিবাসী
মাছ, মাংস, ডিম, দাল, দুধ ঘি, তরকারী প্রভৃতি সকলই
আহাৰ করেন। তাহার কারণ ক্রমে বর্ণিত হইতেছে।

বাংলা ও মাদ্রাজ দেশের অধিবাসী ভাত খায় এবং ইহাতে ও রুটি গমের আটা ইহাতে হয়। ইহাদের উপকরণ পাঞ্জাব প্রভৃতি দেশের লোকে রুটি খায়। ভাত চাউল নিয়ে দেওয়া গেল।

	ছানাজাতীয় জিনিব	খেতসারজাতীয় জিনিব	মাখনজাতীয় জিনিব	ধাতব লবণ	জল	সেলুলোজ
চাউল (Rice)	৬'৫	৭৯'১	০'৬	০'৬	১২'৮	০'৪
গম (Wheat)	১৩'৫	৬৪'৪	১'৭	১'৭	১২'৫	২'৭

এই সকল খাণ্ডে ভিন্ন ভিন্ন লোকে বিভিন্ন রকম আনুপাতিক উপাদান প্রদর্শন করিয়াছেন। ইহা একটা নমুনা মাত্র। বাহা ইউক, ইহাতে বেশ পরিষ্কার বুঝা যায় যে, চাউল অপেক্ষা গমের আটা বেশী গুণবান ও পুষ্টিকর। যে জাতি ভাত খায়, সে জাতি রুটি ভোজী জাতি অপেক্ষা খারাপ খাণ্ড গ্রহণ করে; কিন্তু কোন জাতিই কেবল ভাত বা রুটি খায় না। ভাত বা রুটির সঙ্গে অল্প জিনিবও আহাৰ করে। যে জাতি রুটি খায়—তাহারা সাধারণতঃ মাছ, মাংস, ডিম প্রভৃতি আহাৰ করে না। যে জাতি ভাত খায় (যেমন বাঙ্গালী), সে জাতি মাছ, মাংস, ডিম প্রভৃতি প্রচুর পরিমাণে খাইয়া থাকে। তবে এই নিয়মের যে ব্যতিক্রম হয় না, তাহাও আমি বলি না। ইগাই সাধারণ নিয়ম। ইহার ব্যতিক্রম যুক্তিসঙ্গত মনে হয় না।

মাছ, মাংস, ডিম, দাল প্রভৃতি ইহাতে বধেই ছানা জাতীয় উপকরণ পাওয়া যায়। কিন্তু মাছ, মাংস, ডিম প্রভৃতি ইহাতে যে ছানা জাতীয় উপকরণ পাওয়া যায়, তাহার অধিকাংশই (প্রায় ৮৫% শতাংশ) শোষিত হইয়া শরীরের অংশরূপে পরিণত হইতে পারে। আর দাল

প্রভৃতি ইহাতে যে ছানাজাতীয় পদার্থ পাওয়া যায়, তাহার শতকরা ৫৫ অংশের বেশী শরীরে গৃহীত হইতে পারে না। এইজন্ত মাছ বা মাংস অপেক্ষা দাল পরিমাণে বেশী খাওয়া দরকার।

খাণ্ডের মধ্যে খেতসার ও ছানাজাতীয় জিনিবের অনুপাত ৬ : ১ থাকা দরকার। গমের আটাতে ঠিক এই অনুপাতেই আছে। চাউলের মধ্যে খেতসার ও ছানা জাতীয় উপকরণের অনুপাত ১২ : ১। ভাত পণ্ডে খাণ্ডে অনুপাত ঠিক করার জন্ত সহজপাচ্য ও সহজে গ্রহণীয় ছানাজাতীয় খাণ্ড (মাছ, মাংস, ডিম প্রভৃতি) খাওয়া দরকার। রুটির সহিত মাছ, মাংস ইত্যাদি সহজ পাচ্য ও সহজে শরীরে গ্রহণীয় জিনিব আহাৰ করিলে খেতসার ও ছানাজাতীয় উপকরণের অনুপাতের (৬ : ১ এর) ব্যতিক্রম ঘটয়া অপকার ঘটাইতে পারে। অতিরিক্ত পরিমাণ ছানাজাতীয় খাণ্ডের পরিপাকের পরিণাম ফল (the ultimate cleavage product of protein digestion) “এমাইনো এসিড্ (amino-acids) অত্যধিক পরিমাণে শোষিত হইয়া রক্তে পরিচালিত হইবে ও শরীরে গ্রহণের পর ব্যবহারান্তিরিত্ত

এমাইনো-এসিড (Reducant Amino-acids) যুক্ত হইয়া পৌছিয়া ডি-এমাইনেসন (De-amination) প্রক্রিয়াতে নাইট্রোজেন বিহীন অংশে বিভক্ত হয়। যুক্ত নাইট্রোজেন সংযুক্ত অংশকে ইউরিয়া, ইউরিক এসিড প্রভৃতিতে পরিণত করে এবং মূত্রগ্রন্থি ইউরিয়া, ইউরিক এসিড প্রভৃতিতে মূত্রপথে বহিষ্কৃত করিয়া দেয়। নাইট্রোজেন বিহীন অংশ দেহের তাপোৎপাদন ও কার্যকরী শক্তির কার্যে ব্যবহৃত হয়। যাপ কাঠি অনুপাতে আহার করা অসম্ভব, কাজেই অনেক সময় প্রয়োজনাতিরিক্ত খাদ্য গৃহীত হইয়া থাকে। এই প্রয়োজনাতিরিক্ত জিনিষ প্রকৃতি নানা প্রকারে শরীর হইতে বাহির করিয়া দেয়। প্রত্যেক কার্যেরই সীমা আছে, ব্যাভিচারীর মত সর্বক্ষণ সীমা অতিক্রম করিলে কুফল সংঘটন অবশ্যজ্ঞাবী। প্রয়োজনাতিরিক্ত নাইট্রোজেন পূর্ণ খাদ্য আহার করিলে অর্থাৎ অত্যধিক পরিমাণ ছানাজাতীয় খাদ্য ভোজন করিলে, পাকস্থলীর পাচকরস (Gastric juice) সমুদয় ছানাজাতীয় খাদ্য পরিপাক করিতে অসমর্থ হইতে পারে—ফলে, অজীর্ণ-রোগে আক্রমিত হওয়ার সম্ভাবনা থাকে। তার যদি ধরিয়া লওয়া যায় যে, সমস্ত ছানা জাতীয় পথ্যই হজম হইবে, তাহা হইলেও পরিপাক ক্রিয়ায় শেষ—“এমাইনো-এসিড” সকল শরীরে সম্পূর্ণরূপে গৃহীত না হওয়ার ফলে (কারণ এ ক্ষেত্রে ব্যবহারাতিরিক্ত এমাইনো-এসিড ভেয়ার হওয়া স্থিরনিশ্চিত) অতিরিক্ত এমাইনো-এসিডের সমুদয় যুক্ত নীত হইলে, যুক্ত এমাইনো-এসিডের সমুদয় নাইট্রোজেন পূর্ণ অংশকে ইউরিয়া, ইউরিক এসিড প্রভৃতিতে পরিণত করিতে অসমর্থ হইতে পারে। অথবা মূত্রগ্রন্থি সমুদয় ইউরিয়া, ইউরিক এসিড প্রভৃতি মূত্রপথে বহিষ্কৃত করিয়া দিতে কৃতকার্য না হইতে পারে। ইহার ফলে শরীরে ইউরিয়া, ইউরিক এসিড রহিয়া যাইবে এবং বাত ব্যাধিতে শরীর আক্রমিত হইবে।

এই সকল কারণে একত্রে বিভিন্ন প্রকার সহজপাচ্য ও সহজে শরীরে গ্রহণীয় ছানাজাতীয় দ্রব্য ভোজন করা নিষিদ্ধ। এই কথার বাধ্যার্থ্য উপলব্ধি করিয়া শাস্ত্রকারগণ মাছ বা মাংসের সহিত দ্রব আহার নিষিদ্ধ করিয়াছেন।

মুগের দাল বে, মাছের সঙ্গে পাক করিয়া আহার করা নিষিদ্ধ, তাহার কারণও বোধ হয় ইহাই। দালের মধ্যে যে পরিমাণে ছানাজাতীয় জিনিষ আছে, তাহা মাছ বা মাংসের মধ্যের ছানাজাতীয় উপকরণ অপেক্ষা কম নয়; বরং মন্থর দালে বেশীই আছে। দালের মধ্যে খেতসার বা শর্করা জাতীয় জিনিষ বর্ণেই আছে, মাছ বা মাংসের মধ্যে তাহা নাই। এদিকে মাছ বা মাংসের মধ্যে যে মাখন জাতীয় জিনিষ আছে, দালের মধ্যে তাহার পরিমাণ কম পরিলক্ষিত হয়। স্বতঃসংযুক্ত দালের গুণ মাংসের গুণের সমতুল্য বা বেশী। দালের মধ্যে আবার মুগের দাল অপেক্ষাকৃত সহজপাচ্য ও সহজে শরীরে গ্রহণীয়। কাজেই মুগ দাল, মাছ সহ পাক করিয়া আহার করা নিষেধ। আমার বিবেচনায় মাছ সহ কোন দালই পাক করা সম্ভব নয়। আমাদের দেশে সচরাচর রোহিত বা অল্প কোন মাছের সহিত মাষ কলাইয়ের দাল পাক করার প্রচলন দেখা যায়। কিন্তু যাহারা এইরূপ মাষ কলাইলের দালের সঙ্গে মাছ আহার করেন, তাহারাই আবার মুগের দাল মাছের সহিত খাইতে আপত্তি করেন। ইহা প্রণিধানযোগ্য বটে। অনেকে মুগের দালের সঙ্গে মৎস্তের মাষা দিয়া পাক করিয়া খান (সাধারণতঃ ইহাকে “মুড়িঘট” বলে)।

সহজপাচ্য ও মুখরোচক বিভিন্ন ছানাজাতীয় জিনিষ এক সময়ে আহার করিলে অস্বাভাবিক পরিমাণ ছানাজাতীয় জিনিষ ভোজনের সম্ভাবনা থাকে। সতর্কতা অবলম্বন করিয়া ও মাত্রানুসারে আহার করিলে ছব, মাছ বা মাংস এক সময়ে আহার করা অস্বীকৃত হইতে পারে না। তবে মাত্রা ঠিক রাখা সম্ভবপর নহে বলিয়াই, এরূপ খাদ্য গ্রহণ না করাই বাঞ্ছনীয়।

এই সকল নির্দেশ অমান্য করার ফলে দিন দিন বাতব্যাধির রোগীর সংখ্যা বৃদ্ধি পাইতেছে। এ কথা সকলেরই অনুধাবন করা উচিত।

কেহ কেহ এক বেলা ভাত ও এক বেলা রুটী আহার করিতে উপদেশ দেন। তাহাদের এ মতের কারণ ঠিক বুঝা যায় না। ভাতের সহিত মাছ, মাংস, ডিম প্রভৃতি

খাওয়া উচিত। রুটির সঙ্গে মাছ, মাংস ডিম প্রভৃতি আহার অন্তায় বলিয়া মনে হয়। ইহার কারণ, ইতিপূর্বেই আলোচনা করিয়াছি। রুটির সহিত দাল, ডালনা, তরকারী, দুধ ইত্যাদি আহার করা সঙ্গত। ভাত ও রুটি উভয়েই খেতসার জাতীয় জিনিষ। রুটি পরিবর্তনের জন্ত এক বেলা ভাত ও এক বেলা রুটি খাওয়া পরামর্শ সিদ্ধ হইতে পারে; কিন্তু যে জাতি ভাত খায়, সে জাতি রুটি পছন্দ করে না, আবার রুটি-আহারী ভাত ভাল বাসে না—একটু লক্ষ্য করিলেই ইহা বেশ বুঝা যায়। ইহা অবশ্য অভ্যাস ও রীতির উপর নির্ভর করে। কাজেই আমি পর্যায়ক্রমে ভাত ও রুটি খাওয়ার প্রথার বিরুদ্ধবাদী নহি। চেষ্টা করিলে অতি অল্প সময়ের মধ্যেই এ অভ্যাস দূর হইতে পারে।

খাদ্য সম্বন্ধে আমেরিকার সুযোগ্য ডাক্তার হেয়ার মহোদয় নিম্নলিখিত অভিমত প্রকাশ করিয়াছেন—

“পূর্ণবয়স্ক পরিশ্রমী লোকের পক্ষে এমন খাদ্য আহার করিতে হইবে—যাহাতে ৩০০০—৩৫০০ কেলোরিস (Calories) তাপ পাওয়া যায়। খেতসারজাতীয় জিনিষ ৪০০ গ্রাম, ছানাজাতীয় জিনিষ ১২৫ গ্রাম ও মাখনজাতীয় জিনিষ ১২৫ গ্রাম আহার করিলে ৩২২৫ কেলোরিস পাওয়া যায়। এক গ্রাম খেতসার খাদ্য হইতে ৪ কেলোরিস, এক গ্রাম ছানাজাতীয় পদার্থ হইতে ৪ কেলোরিস, ও এক গ্রাম মাখনজাতীয় জিনিষ হইতে ৯ কেলোরিস পাওয়া যায়।”

ডাক্তার রায় চণীলাল বসু বাহাদুর ভারতীয় ছাত্রদের পক্ষে নিম্নলিখিত অনুপাতে পদার্থ অনুমোদন করেন।

খাদ্য দ্রব্যের উপকরণ	খাদ্য হিসাবে আউন্স পরিমাণ	ছানা জাতীয় জিনিষ গ্রাম হিসাবে	মাখন জাতীয় জিনিষ গ্রাম হিসাবে	খেতসার বা দুগ্ধজাতীয় জিনিষ গ্রাম হিসাবে	কেলোরিস Calories	দাম Cost		
						টাকা	আনা	পাই
চাউল	৬	১২৫	০.৭২	১৩৪	৫৭৪	—	—	৯
আটা	১০	৩৬০	৮.৭	১০১	১০০০	—	১	৬
ডাল	৩	১৮	২.৪	৪৬	২৭৬	—	—	৬
মাছ	৫	২০	১১	—	২৭৮	—	২	৬
আলু	৬	০.৫	৩	৩৬	১৫০	—	—	৫
তরকারী	৮	৩	—	২০	৮০	—	০	৯
ধি	১	—	১৪.৫	—	১১১	—	১	৩
তৈল	১	—	২৯	—	২২২	—	—	৫
চিনি	১	—	—	২৭.৩	১০৯	—	—	৫
লবণ	১	—	—	—	—	—	—	৩
ময়দা	বর্ণা প্রয়োজন	—	—	—	—	—	—	—
	৪১½	৯০	৬৯.৩১	৪৬৮.৩	২৮০০	—	৮	৬

N. B. :—মাছের পরিবর্তে ছানা মাংস বা ডিম ব্যবহৃত হইতে পারে। চাউল ও আটা এতদ্ব্যতিরিক্ত যে কোনটা ছানা উদ্দেশ্য সিদ্ধ হইতে পারে।

রোগ-নির্ণয় তত্ত্ব Diagnosis.

লেখক ডাঃ ক্রীমশোকচন্দ্র মিত্র M. B.

Late House Surgeon—Carmichael Medical College Hospital
and Mayo Hospital.

তরুণ বাতজ্বর Acute Rheumatism.

নিম্নলিখিত পীড়ার সহিত এই রোগের সন্ম হইতে পারে।

- (১) তরুণ রিউমেটয়েড্‌ আর্থ্রাইটিস্‌
(Acute rheumatoid arthritis);
- (২) গণোরিয়াজনিত রিউম্যাটিজম্‌
(Gonorrhœal rheumatism);
- (৩) গণোরিয়াজনিত পাইমিয়া
(Gonorrhœal Pyæmia);

যথাক্রমে ইহাদের সহিত বাতজ্বরের প্রভেদ নির্ণয়ের উপায় বলা যাইতেছে।

(১) তরুণ রিউমেটয়েড্‌ আর্থ্রাইটিস্‌ :—
ইহাতে এক সময়ে কেবলমাত্র ১টি সন্ধিই আক্রান্ত ও তৎসহ জ্বর খুব মৃদু হয়। তরুণ বাতজ্বরের জ্বর বিশেষ ঘন

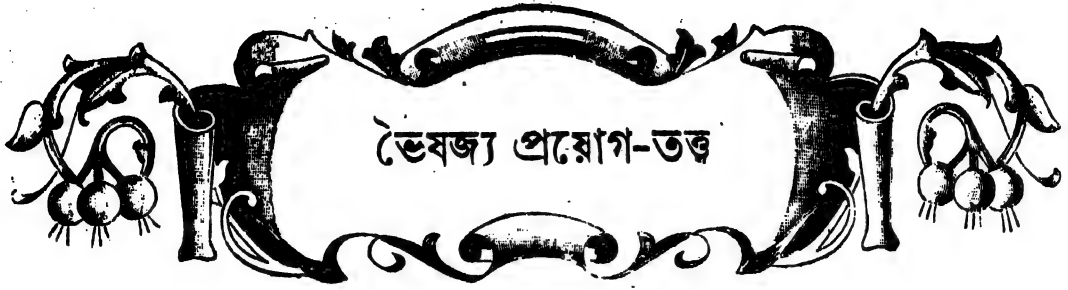
হয় না এবং জন্পিণ্ডের কোনও পীড়া ইহাতে বর্তমান থাকে না।

(২) গণোরিয়াজনিত রিউম্যাটিজম্‌ :—
ইহাতে লিঙ্গপথে গণোরিয়ার স্রাব থাকে। ইহাতে কখনই বা হাতের কঙ্কী আক্রান্ত হয়। বিশেষ জ্বর থাকে না।

(৩) মেহজনিত পাইমিয়া :—
ইহাতে একটীমাত্র গ্রন্থি আক্রান্ত এবং তাহাতে পুঁয়োৎপত্তি হয় ও পুঁয়জ্বরের সমুদয় লক্ষণ বর্তমান থাকে।

তরুণ বাতজ্বরের বিশিষ্ট লক্ষণ :—
ইহাতে প্রবল জ্বর ও তৎসহ সন্ধিসমূহে প্রবল বেদনা, জন্পিণ্ডের পীড়া (এণ্ডোকার্ডাইটিস্‌, পেরিকার্ডাইটিস্‌), টনসিলের পীড়া, শীতবোধ, কম্প, প্রবল পিপাসা, অম্লধর্মী ঘন ইত্যাদি লক্ষণ সমূহ প্রকাশ পায়। ইহাতে জ্বাণ, কণ্ঠ, পাখের গোড়ালী এবং হস্ত ও পদতলের সমস্ত সন্ধিই আক্রান্ত হয়।

এই সকল বিশিষ্ট লক্ষণ বিশেষভাবে পর্যালোচনা করিয়া উল্লিখিত পীড়াগুলি হইতে তরুণ বাতজ্বরের প্রভেদ করা কর্তব্য।



লুমিন্যাল সোডিয়াম — Luminal Sodium.

লেখক—ডাঃ শ্রীসতীভূষণ মিত্র B. Sc., M. B.

হাউস সার্জন—দিঘাপাতিয়া রাজ হস্পিট্যাল

— •) (*) (• —

(১) মূগীরোগে লুমিন্যাল সোডিয়াম (Luminal Sodium in Epilepsy) :- যে কোন কারণজনিত মূগীরোগে অধুনা লুমিন্যাল সোডিয়াম বিশেষ উপযোগী বলিয়া বহু বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক অভিমত প্রকাশ করিয়াছেন। ইহা শুধু যে, সাময়িক ফিট (Convulsion) দমিত করে, তাহা নহে; দায়বীর স্থায়ীকারক হইয়া ইহা পরবর্তী ফিটের আক্রমণও অনেক সময় প্রতিহত করিয়া, পীড়া হইতে রোগীকে মুক্ত করে। তবে ইহার উপকারিতা যে, সব রোগীতেই সমানভাবে পাওয়া যায়, তাহাও নিশ্চয় করিয়া বলা যাইতে পারে না। Dr. W. Russel Brain (Lancet Oct 26. 1929) এবং Dr. J. Tylor Fox (Lancet. Sept 1927.) ১৬৭টা রোগীর চিকিৎসায় লুমিন্যাল সোডিয়াম প্রয়োগ করিয়া উহার ফলাফল সম্বন্ধে লিখিয়াছেন যে—“এই সকল রোগীর মধ্যে শতকরা ৩০ জন (৩০% পাসেন্ট) সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য এবং শতকরা ৩১ জন সাময়িকভাবে আরোগ্যলাভ করিয়াছিল। শতকরা ৬ জনের (৬%) কোন ফল হয় নাই। শতকরা যে ৩০ জন রোগী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়াছিল, উহাদের মধ্যে শতকরা ৫ জনের পীড়া আর কখন প্রত্যাবর্তন করে নাই।”

Dr. Fox বলেন যে, “পেটিটমাল (petitmal) স্বভাবীত অল্প সব রকম শ্রেণীর মূগীরোগেই লুমিন্যাল সোডিয়াম সফল প্রদান করে।”

Dr. Brain বলেন যে, “একবার মাত্র লুমিন্যাল প্রয়োগ করিয়া ইহার উপকারিতা সম্বন্ধে কোন অভিমত প্রকাশ করা সম্ভব হইতে পারে না।”

দেখা গিয়াছে যে, লুমিন্যাল দ্বারা চিকিৎসার পর উহার প্রয়োগ স্থগিত করায় শতকরা ৫০ জনের পুনরায় ফিট হইয়াছে। নিম্নলিখিতরূপে লুমিন্যাল প্রয়োগ করিলে অধিকাংশ স্থলেই স্থায়ী সফল পাওয়া যায়”।

(ক) যে স্থলে দৈনিক ৫০ গ্রেণ ব্রোমাইড সেবন করাইয়াও ফিট দমিত না হয়, সেস্থলে ব্রোমাইড সেবনসহ লুমিন্যাল প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(খ) উল্লিখিত স্থলে যেখানে প্রথম হইতেই ব্রোমাইড সহ লুমিন্যাল প্রয়োগ করার প্রয়োজন হয়, সেস্থলে প্রথমতঃ রাত্রে ও প্রাতঃকালে ১/২ গ্রেণ মাত্রায় লুমিন্যাল

সোডিয়াম প্রয়োগ আরম্ভ করিয়া ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ, প্রত্যহ ৩ গ্রেণ পরিমাণ প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(গ) যদি বিবেচিত হয়, তাহা হইলে ব্রোমাইডসহ উল্লিখিত মাত্রায় লুমিন্যাল সোডিয়াম একত্র মিশ্রিত করিয়া মিকশচার আকারে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। এরূপ স্থলে মিকশচার টাটকা প্রস্তুত করিয়া লওয়া কর্তব্য।

(ঘ) যদি রোগীর রাত্রিতে ফিট উপস্থিত হয়, তাহা হইলে রাত্রিতে একমাত্রা লুমিন্যাল সোডিয়াম (১—২ গ্রেণ) এবং যদি দিবাভাগে ফিট হয়, তাহা হইলে প্রাতঃকালে—রোগী শয্যাভ্যাগ করিবামাত্র, একমাত্রা প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(ঙ) যদি ফিট নির্দিষ্ট ব্যবধানকাল অন্তর উপস্থিত হয়, তাহা হইলে পূর্ণ একমাত্রা লুমিন্যাল প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(চ) যদি লুমিন্যাল প্রয়োগ স্থগিত করা হয়, তাহা হইলে ব্রোমাইডের মাত্রা বাড়াইয়া দেওয়া কর্তব্য। রোগীকে সাবধান করিয়া দেওয়া উচিত—যেন, চিকিৎসার প্রথমাবস্থায় চিকিৎসকের বিনা উপদেশে লুমিন্যালের প্রয়োগ স্থগিত না করে।

Dr. Brain বলেন যে, “যুগী রোগের চিকিৎসা বিশেষ ধৈর্যসহকারে নিয়মিতভাবে না করিলে সফল লাভ সম্ভব হয় না। প্রত্যেক রোগীকেই আমি এই উপদেশ দিই

যে, অন্যান্য তিন বৎসর যদি তাহার ফিট উপস্থিত না হয়, তাহা হইলেই চিকিৎসা স্থগিত করা যাইতে পারে। সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য না হইবার প্রধান বা একমাত্র কারণ—কয়েক সপ্তাহ ফিট না হইলেই চিকিৎসা বন্ধ করা বা অনিয়মিত ভাবে চিকিৎসা করা। পক্ষান্তরে, পীড়ার অতি প্রারম্ভ কালেই যদি চিকিৎসা আরম্ভ করা যায়, তাহা হইলে লুমিন্যাল সোডিয়ামে সম্ভাবজনক সফল পাওয়া যায়।

(ছ) লুমিন্যাল সোডিয়াম ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ করিতে হইলে ইহা ২ গ্রেণ মাত্রায় (২০% পাসেন্ট সলিউশন) সাবকিউটেনিয়াস ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(২) আশকপালে মাথাধরা (Migraine) :—Dr. W. Rossel Brain আশকপালে মাথাধরায় (Migraine) লুমিন্যাল সোডিয়ামের উপকারিতা সম্বন্ধে লিখিয়াছেন—“সাধারণতঃ পাকস্থলীর গোলযোগ বা মস্তিষ্কের উত্তেজনাশতঃ মাইগ্রেণের উৎপত্তি হইয়া থাকে। এই সকল বিষয়ের প্রতি লক্ষ্য রাখিয়া ১-২ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ রাত্রে ও প্রাতঃকালে লুমিন্যাল সোডিয়াম কয়েক সপ্তাহ ধরিয়া সেবন করিলে পীড়া সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হয়।

(৩) অনিদ্রা রোগে (Insomnia) :—Dr. W. Rossel Brain বলেন—“লুমিন্যাল একটা অত্যন্ত নিদ্রাকারক (Soporific) ঔষধ। নিদ্রাকরণার্থ ইহা অল্প মাত্রায় উপযোগী। সাধারণতঃ রাত্রে শয়নকালে ১—১½ গ্রেণ মাত্রায় লুমিন্যাল সোডিয়াম সেবন করিলে অনিদ্রাগ্রস্ত রোগীর বেশ সুনিদ্রা হইয়া থাকে। কোন কোন রোগীকে লুমিন্যাল সেবনের পরদিন প্রাতে একটু ক্ষুধাবিহীন দেখা যায়। সাধারণতঃ দ্বিবিধ শ্রেণীর অনিদ্রায় লুমিন্যাল উপযোগীতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে। যথা—

(ক) অবসাদগ্রস্ত রোগীর অনিদ্রা
(Insomnia in depressed patient);

(খ) যান্ত্রিক পীড়াক্রান্ত এবং অত্যধিক রক্তসঞ্চাপবিশিষ্ট রোগীর অনিদ্রা
(Insomnia with organic diseases and high blood-pressure);

উল্লিখিত দুই প্রকারের রোগীর অনিদ্রায় লুমিণ্যাল সোডিয়াম প্রয়োগে সম্ভাব্যজনক উপকার পাওয়া যায়।

(২) মস্তক ঘূর্ণন (Vertigo)ঃ—
কর্ণপীড়াক্রান্ত (Aural diseases) রোগীর মস্তকঘূর্ণনে লুমিণ্যাল বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়।
Dr. Brain বলেন—“কর্ণপীড়াক্রান্ত নিম্নলিখিত কয়েক শ্রেণীর রোগীর মস্তকঘূর্ণনে এতদ্বারা বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। যথা—

(ক) কর্ণে ঘণ্টাধ্বনিবৎ শব্দসহ বধিরতা পীড়ার সহবর্তী পুনঃ পুনঃ প্রত্যাবর্তন-শীল মস্তক ঘূর্ণন (recurrent attacks of Vertigo associated usually with deafness and tinnitus)

(খ) মধ্যকর্ণের প্রদাহাক্রান্ত রোগীর মস্তক ঘূর্ণন (Vertigo with otitis-media)।
এইরূপ রোগীর যে স্থলে কাণ দিয়া পূঁজ নিঃসরণ স্থগিত হইয়া ইউষ্টিসিয়ান নলী (eustachian canal) আবদ্ধ হয়, সেইস্থলেই লুমিণ্যাল প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়।

(গ) নাসিকারন্ধুর ব্যবধায়ক প্রাচীরের শ্লেষ্মিক ঝিল্লীর প্রদাহ (Inflammation of the mucous membrane of nasal septum), কর্ণরন্ধ্রে পলিপাস (polypus in the air passage); কর্ণে সংক্রমণযুক্ত শোষ (Infected sinuses); পুরাতন সর্দি কিম্বা সংক্রমণযুক্ত দন্ত পীড়ার (infected dental disease) সহবর্তী মস্তক ঘূর্ণন।

Dr. Brain বলেন—বহুসংখ্যক “উল্লিখিত কয়েক শ্রেণীর পীড়ার সহবর্তী মস্তক ঘূর্ণনে লুমিণ্যাল সোডিয়াম প্রয়োগ করিয়া বিফল মনোরথ হইতে হয় নাই। এই সকল স্থলে প্রথমতঃ ১/২ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যাহ ৩ বার করিয়া কয়েকদিন সেবন করাইবার পর মাত্রা হ্রাস করতঃ, আরও কয়েকদিন সেবন করাইলে, পীড়া সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইতে দেখা যায়। বলা বাহুল্য, এই সঙ্গে মূল পীড়ার চিকিৎসা করাও কর্তব্য।

(৩) চর্মরোগ (Cutaneous affections)—
বিবিধ প্রকার চর্মরোগের স্থানিক উত্তেজনা, চুলকানী ইত্যাদি দমনার্থ লুমিণ্যাল বিশেষ উপযোগী। ইহা ১/২ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যাহ ৩ বার করিয়া সেবন করিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। বলা বাহুল্য, এতদ্বারা চর্মরোগের কোন প্রতিকার হয় না—চর্মরোগজনিত স্থানিক উত্তেজনা, চুলকানী ও অশান্তি ইহাতে শীঘ্র উপশমিত হইয়া পাকে।

(৬) কোরিক্সা (Chorea); ছপিংকফঃ (whooping Cough)ঃ—এই সকল পীড়ায় লুমিণ্যাল সোডিয়াম অবসাদক হইয়া উপকার করে।
(Medical Herald—A. T. C. June 1930. P. 416)



রোগনির্ণয়ে দুঃসাধতা—Difficulty in diagnosis.

লেখক—ডাঃ শ্রীধরশ্রী রঞ্জন শ্রী বিশ্বাস,
মেডিকাল অফিসার পূর্ণেন্দু ডিম্পেন্সারী, জয়নগর (ময়মনসিংহ)
(পূর্বে প্রকাশিত ১৩৩৬ সালের ৬ষ্ঠ সংখ্যার ৩০৫ পৃষ্ঠার পর হইতে)



পল্লীগ্রামে রোগনির্ণয়ার্থ অনেক সময় চিকিৎসককে যে কত অসুবিধায় পড়িতে হয়, ইতিপূর্বে তাহা উল্লিখিত হইয়াছে (১৩৩৬ সালের ৬ষ্ঠ সংখ্যা চিকিৎসা-প্রকাশের ৩০১ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য)। আজ আর একটা রোগীর বিষয় উল্লেখ করিব।

রোগিণী—হিন্দু স্ত্রীলোক, বয়ঃক্রম ১৮।১৯ বৎসর।
বিগত ২রা অগ্রহায়ণ (১৩৩৩ সাল) এই রোগিণীর চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থা—রোগিণী ৯ মাস গর্ভবতী; শরীর অত্যন্ত দুর্বল, রক্তহীন ও পাংশুবর্ণ; সর্বদা বমনোদ্বেষ; পদদ্বয়ে সামান্য শোথ। মধ্যে মধ্যে পাতলা দান্ত হয়। কয়েকদিন পূর্বে জ্বর হইয়াছিল, এখন জ্বর নাই।

রোগিণীকে বিশেষ কোন চিকিৎসাই করিতে হয় নাই। এক বোতল শ্রালভাইট নিয়মমত সেবনের ব্যবস্থা করায় রোগিণী যথোচিত সবল এবং উল্লিখিত উপসর্গগুলি উপশমিত হইয়া, পূর্ণ দশমাসে রোগিণীর একটা পুত্র সন্তান প্রসূত হইয়াছিল।

১৫ই মাঘ (১৩৩৩ সাল) ৪—এপর্যন্ত প্রসূতি ভালই ছিলেন, কিন্তু ১২ই মাঘ পুনরায় পীড়িত হওয়ায় ১৫ই তারিখে আমি আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থা—আজ ৩ দিন পূর্বে হইতে রোগিণীর অসহ্য মস্তক বেদনা উপস্থিত হইয়াছে। মধ্যে মধ্যে বেদনা অত্যন্ত প্রবল হইয়া ফিট হইয়া থাকে।

পূর্বে ইতিহাস—শুনিলাম, দুই বৎসর পূর্বে রোগিণীর “হিষ্টিরিয়া” পীড়া বর্তমান ছিল এবং ঐ সময়ে মধ্যে মধ্যে এইরূপ হইত। সন্তান-সম্ভাবনা হইবার পর এপর্যন্ত আর হিষ্টিরিয়া হয় নাই।

রোগিণীর পূর্বে ইতিহাস জ্ঞাত হইয়া মনে করিলাম,—খুব সম্ভব রোগিণী পুনরায় হিষ্টিরিয়া পীড়াক্রান্ত হইয়াছেন।

ঔষধাদির ব্যবস্থা করিতে উদ্বৃত্ত হইলে, রোগিণীর স্বামী বলিলেন যে, “রোগিণীর রোগ নির্ণয়ার্থ ই আপনাকে ডাকিয়াছি, চিকিৎসা কবিরাজী মতে করাই বাড়ীর সকলের ইচ্ছা।” “আপনাদের ইচ্ছাই পূর্ণ হউক” বলিয়া বিদায় হইলাম। পরে শুনিলাম—জৈনৈক স্ত্রীজ্ঞ কবিরাজ রোগিণীর চিকিৎসা করিতেছেন।

১লা ফাঙ্কুন রাত্রি ৮টার সময় পুনরায় আমি আহৃত হইলাম। রোগিণীর স্বামী যেকপ ভয়পূর্ণ উদ্বেগ চিত্তে ব্যস্ততা সহকারে আমাকে ডাকিতে আসিলেন, তাহাতে মনে হইল, এবার রোগীব অবস্থা খুব সম্ভব সাংঘাতিক হইয়াছে। জিজ্ঞাসা করায় কিছু বলিলেন না—“বাইয়া সব দেখিতে পাইবেন” বলিয়া তাড়াতাড়ি বাইবার অস্ত্র অমুদ্রোষ কবিলেন। রোগিণীর নিকট উপস্থিত হইয়া রোগিণীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

বর্তমান অবস্থা :-

- (ক) রোগিণী সম্পূর্ণ অচেতন্য (Coma) ;
- (খ) নিঃশ্বাসে নাশিকা ধ্বনি হইতেছে ;
- (গ) গলায় ঘড়্ ঘড়্ শব্দ হইতেছে ;
- (ঘ) চক্ষু মুদ্রিত, চক্ষুতারকা প্রসারিত ;
- (ঙ) চোয়াল আবদ্ধ ;
- (চ) সর্বশরীর—বিশেষতঃ, কপাল অধিকতর ঘর্ষাভিষিক্ত ;
- (ছ) শ্বাসপ্রশ্বাস অগভীর ও অনিয়মিত ;
- (জ) উত্তাপ ৯৬ ডিগ্রি ;
- (ঝ) নাড়ী (পালস্—pulse) অতীব ক্ষীণ এবং উহার গতি অনিয়মিত ;
- (ঞ) পদদ্বয় অসাড় (Paralysed) ;

পূর্বে বিবরণ :- এ পর্যন্ত রোগিণী কিরূপ ছিলেন এবং কিরূপ চিকিৎসা হইয়াছিল, তদসম্বন্ধে জিজ্ঞাসা করিলে, রোগিণীর স্বামী বাতা বলিলেন তাতার সারমস্ম এই যে,—‘ইতিপূর্বে (১৫ই মাঘ) রোগিণীকে আপনি দেখিয়া বাইবার পর প্রথমতঃ জটনক কবিরাজ দ্বারা চিকিৎসা করান হয়, তিনি স্মৃতিকা বোগ বলিয়া চিকিৎসা করেন। কিন্তু তাতার চিকিৎসায় কোন ফল না হওয়ায়, জটনক ফকির দ্বারা চিকিৎসা করান হইতে থাকে। বর্তমানেও রোগিণী সেই ফকিরের চিকিৎসায়ীন আছে’।

এই সকল কথা বলিয়া রোগিণীর স্বামী বাড়ীর মধ্যে বাইয়া একটা পাথরের বাটীতে কর্দমাকৃতি লাল বর্ণের স্থানিকটা ত্রিশখ আনাইয়া আমাকে দেখাইয়া বলিলেন যে, “ফকির সাহেব এই ঔষধ রোগিণীকে খাইতে দিয়াছিলেন এবং ইহা খাইয়াই রোগিণী এইরূপ অবস্থাপন্ন হইয়াছে। কবিরাজী চিকিৎসায় কোন সফল না হওয়ায় ফকির সাহেবকে আনান হয়। কারণ, তিনি এ অঞ্চলে একজন স্মৃতিকাবোগের বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক বলিয়া বিখ্যাত। তিনি বোগিণীকে দেখিয়া পাঁচটী পাকা কলা, এক তোলা সিঙ্গিক (হিঙ্গুল) ও শুশু এবং আরও কি কি দিয়া এই ঔষধ প্রস্তুত কবিয়া, ইহা দিনে এবাৎ সেবনের ব্যবস্থা দিয়া যান। কিন্তু একবাব ঔষধ সেবনের পরই বোগিণীর এইরূপ অবস্থা হইয়াছে। উক্ত ফকিরকে ডাকা হইয়াছিল, কিন্তু তিনি আসেন নাই।”

এই সকল বিষয় জ্ঞাত হইয়া স্পষ্টই মনে হইল যে, ফকির সাহেবের প্রদত্ত কোন বিষাক্ত দ্রব্য সেবনের ফলেই বোগিণীর এইরূপ অবস্থা হইয়াছে। কিন্তু কি বিষাক্ত দ্রব্য প্রযুক্ত হইয়াছে, তাহা কিছুই জানিবার উপায় নাই। প্রাতঃকালে উক্ত ঔষধ সেবন করান হয়, বেলা ৯।১০টার সময় হইতে ক্রমে ক্রমে এই সকল লক্ষণ উপস্থিত হইয়া ১২টার মধ্যেই বোগিণী এইরূপ অবস্থাপন্ন হইয়াছে। আব এখন বাত্রি ৮টা। সুতরাং যে বিষ প্রভাবে এই সকল লক্ষণ উপস্থিত হইয়াছে, তাহা উদ্গীৰণ কবাইবারও সময় নাই। অতএব রোগিণীর পরিণাম যে শুভ নহে, তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই। বোগিণীর স্বামীকেও ইহা জ্ঞাপন করাইয়া ১৫ ফৌটা এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন হাইপোডার্মিক ইন্জেকশন দিয়া বিদায় হইলাম।

দুই দিনের মধ্যে আর কোন সংবাদ পাইলাম না। মনে করিয়াছিলাম—খুব সম্ভব রোগিণী মৃত্যুমুখে পতিত হইয়াছেন। কিন্তু ২রা ফাঙ্কুন সংবাদ পাইলাম যে, আমি আসিবার পথ আরও দুইজন ডাক্তারকে পর পব দেখান হয়। তাহাদিগকেও উক্ত ফকির প্রদত্ত ঔষধ

দেখাইয়া, ঐ ঔষধের দ্বারাই যে রোগিণীর এইরূপ অবস্থা হইয়াছে তাহা বলা হইয়াছিল। ডাক্তারদ্বয়ও ঐ কথার বিশ্বাস করিয়া তদনুরূপ ভাবে চিকিৎসা করেন। কিন্তু কোন সফল না হওয়ায়, রোগিণীর মৃত্যু অবশ্যজ্ঞাবী বলিয়া তাহার জবাব দিয়া গিয়াছেন। রোগিণীর অবস্থা আরও শোচনীয় হইয়াছে।

৩রা ফাঙ্কন ৩—এ দিন বিকালে পুনরায় আমি আহূত হইলাম। গিয়া দেখিলাম—অবস্থা প্রায় পূর্ববৎ, তবে পূর্বের ত্রায় সর্বাঙ্গ ঘর্ষাভিষিক্ত নহে, শরীর উষ্ণ। উত্তাপ ১০১.৪ ডিগ্রি, কিন্তু হাত পা অত্যন্ত শীতল। জ্বর হইয়াছে দেখিয়া সন্দেহ হইল। পরীক্ষা করিয়া দেখা গেল—রোগিণীর প্রীহা অত্যন্ত বর্ধিত। অল্পসন্ধানে জ্ঞাত হইলাম যে, ইতিপূর্বে রোগিণী প্রায়ই ম্যালেরিয়া জরে ভুগিতেন। ম্যালিগ্‌গ্রাণ্ট ম্যালেরিয়া জীবাণুর সংক্রমণ বলিয়াই ধারণা করিলাম। এই ধারণার বশবর্তী হইয়া নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

১। Re.

নর্ম্যাল স্ট্রালাইন ... ১ পাইন্ট।

এড্রিনালিন ... ১৫ ফেঁটা।

নর্ম্যাল স্ট্রালাইনের সঙ্গে ১৫ ফেঁটা এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) মিশাইয়া রেষ্ঠ্যাল ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

২। Re.

কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোরাইড ... ১০ গ্রেণ।

একমাত্রা। “১০ গ্রেণ ইন ২ সি, সি,” এম্পুল ১টা ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসন করা হইল।

গৃহস্থের অসুযোগে রাত্রিতে রোগিণীর বাটীতে অবস্থান করিতে হইল।

রাত্রি ২টা—এই সময় রোগিণীকে দেখিয়া অবস্থা কথঞ্চিৎ ভাল বলিয়া বোধ হইল। উত্তাপ ৯৯.২ ডিগ্রি, হস্তপদ উষ্ণ, শ্বাসপ্রশ্বাস স্বাভাবিক, নাড়ী পূর্ণাংগে সর্বল এবং নিয়মিত; রোগিণী মধ্যে মধ্যে পার্শ্বপরিবর্তন করিতেছেন। অজ্ঞানতা পূর্ববৎ আছে। ডাকিয়া কোন সাড়া পাওয়া গেল না। চৌর্য্যাল আবেগ নাই।

ভাত্র—৫

একটু উষ্ণ হৃৎক মুখে দিয়া দেখা গেল হৃৎক গিলিতে পারিলেন। অতঃপর হৃৎক চামচে করিয়া খানিকটা পান করান হইল।

এই সময় পুনরায় ৫ গ্রেণ কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোরাইড পূর্ববৎ ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

রাত্রি ২টা—সংবাদ পাইলাম যে, রোগিণীর জ্ঞান হইয়াছে এবং কথা বলিতেছেন। রোগিণীকে দেখিতে গেলাম। গিয়া দেখিলাম—রোগিণীর অবস্থা সম্পূর্ণরূপে পরিবর্তিত হইয়াছে। পূর্বের আর কোন উপসর্গই নাই। সম্পূর্ণরূপে জ্ঞান হইয়াছে কথা বলিতেছেন এবং ছেলেকে স্তন দিতেছেন। তবে খুব হুর্কল।

৪টা ফাঙ্কন—কোন উপসর্গ নাই। উত্তাপ ৯৮.৪ ডিগ্রি; নাড়ী স্বাভাবিক; শ্বাস হইয়াছে। অতঃপর নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

৩। Re.

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ... ৫ গ্রেণ।

এসিড এন, এম, ডিল ... ৮ মিনিম।

স্পিরিট ক্লোরোফর্ম ... ১০ মিনিম।

লাইকর ট্রিক্লোরাইড ... ২ মিনিম।

সিরাপ অরেঙ্গাই ... ১/২ ড্রাম।

একোয়া এনিথি ... এড ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৫ দিন এই ঔষধ সেবন করান হইয়াছিল। রোগিণীর আর জ্বর বা কোন উপসর্গ উপস্থিত হয় নাই। অতঃপর নিম্নলিখিত ঔষধটি ব্যবস্থা করা হয়।

৪। Re.

কুইনাইন সালফ ... ৩ গ্রেণ।

এসিড সালফ ডিল ... ৫ মিনিম।

ফেরি সালফ ... ২ গ্রেণ।

এমন ক্লোরাইড ... ৫ গ্রেণ।

টীং নক্সভিক। ... ৩ মিনিম।

ম্যাগ্‌ সালফ ... ২ ড্রাম।

টীং কলধা ... ২০ মিনিম।

একোয়া মেন্থুপিপ ... এড ১ আউন্স।

একত্রে একমাত্রা। প্রত্যহ ৩ মাত্রা সেব্য।

এই ঔষধটী ১৫ দিন ব্যবহারে রোগিনী সম্পূর্ণ সুস্থ, সখল এবং মীহার বিবৃদ্ধি বিশেষরূপে হ্রাসপ্রাপ্ত হইয়াছিল।

অন্তিম্য ঔঃ—ব্যালিগ্‌জাণ্ট ম্যালেরিয়া জীবাণু কতক রোগিনীর যে, এইরূপ সাংঘাতিক লক্ষণগ্রস্ত উপস্থিত হইয়াছিল, তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই। রক্ত পরীক্ষার সুবিধা থাকিলে অবশ্য জীবাণুর প্রকৃত পরিচয় জানা যাইত। কিন্তু সে সুবিধা না থাকায় অজ্ঞানেই—লক্ষণাদি দৃষ্টে

রোগ নির্ণয় করিতে হইয়াছিল। বিশেষ দ্রষ্টব্য বিষয় এই যে, ফকির প্রদত্ত ঔষধ দৃষ্টে সকলকেই দ্রাস্ত ধারণার বশবর্তী হইতে হইয়াছিল। যফঃস্বলে এইরূপ বহু প্রতিকূল ঘটনার মধ্য দিয়া রোগ নির্ণয় করা যে, কতদূর দুঃসাধ্য যফঃস্বলের চিকিৎসকগণই তাহা বেশ জানেন। প্রীহা বৃদ্ধি এবং জরের উপস্থিতি দৃষ্টে ম্যালেরিয়া সন্দেহে কুইনাইন প্রয়োগ করাতেই রোগিনী যে এই শোচনীয় অবস্থা হইতে আরোগ্যলাভে সমর্থ হইয়াছিলেন তদন্তে বাক্য।

কালাজরে এমিনোট্রিবিউরিয়া রেক্ট্যাল ইঞ্জেকসন

লেখক—ডাঃ শ্রীদাশরথি পাঠক এল, এম, এফ,
হাজরাপুর (বর্ধমান)

স্নোগী ঔঃ—জনৈক সস্ত্রীক ভদ্রলোকের পুত্র; বয়ঃক্রম ৫ বৎসর। ছেলেটী জরে আক্রান্ত হইলে প্রথমতঃ ম্যালেরিয়া জর সন্দেহে কুইনাইন পীল সেবন করান হয়। কিন্তু কুইনাইনে জর বন্ধ না হওয়ার আমি আহত হই।

বর্তমান অবস্থা ঔঃ—ছেলেটী ৫৬ দিন হইতে জরে ভুগিতেছে এবং অত্যন্ত দুর্বল ও ক্লান্ত হইয়াছে। মীহা ও বকৃত বর্দ্ধিত হয় নাই। প্রাতঃকালে উত্তাপ স্বাভাবিক থাকে, কিন্তু ক্রমশঃ উত্তাপ বাড়িয়া সন্ধ্যা পর্যন্ত ১০৬—১০৮ ডিগ্রি হয়। জিহ্বা ময়লাবৃত্ত। কুস্মুস বা ক্লেটিকের কোন স্বাভাবিক লক্ষিত হইল না। অত্যধিক উত্তাপ বৃদ্ধির অবস্থাতেও শিরঃশীতা উপস্থিত হয় না।

চিকিৎসা ঔঃ—প্রথমতঃ একটা ঘর্ষকারক মিক্চার; একমাত্রা বিরেচক ঔষধ এবং পরে কুইনাইন

মিক্চার; অতঃপর কুইনাইন ইঞ্জেকসন করাও হইল। কিন্তু কোনই সফল পাওয়া গেল না। চিকিৎসায় কোন ফল না হওয়ায়, কালাজর বলিয়া সন্দেহ হইল। এখানে রক্ত পরীক্ষার কোন সুবিধা না থাকায়, প্রায় আত্মদগিক অন্ধকারে চিকিৎসা করিতে হয়।

বালকটী অত্যন্ত ক্লান্ত ও দুর্বল এবং ইহার শিরা খুবই অস্পষ্ট। এই কারণে, ইহাকে ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসন দেওয়া অসম্ভব। উত্তাপ হ্রাস বৃদ্ধির তালিকা রাখা হইতেছিল, এই তালিকা দৃষ্টে দেখা গেল যে, প্রত্যহ দুইবার করিয়া জর হইতেছে। সুতরাং কালাজর সন্দেহ করিয়া নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করিলাম—

১৮।১।৩০—প্রথমতঃ ২ সি, সি, নর্যাল স্যুলাইন দ্বারা রোগীর সরলাত্র (Rectum) খোঁচ করিয়া দিয়া,

তদপরে ০.০৫ গ্রাম এমিনোটিবিউরিয়া সরলরূপে দেওয়া হইয়াছিল। অতঃপর নিম্নলিখিত মিক্সচারটী ইন্জেক্সন (Rectal Injection) করিলাম।

২০।১।৩০ - তৃতীয় দিবসে পুনরায় ০.০৫ গ্রাম এমিনোটিবিউরিয়া উক্তরূপে রেক্টাল ইন্জেক্সন করা হইল।

২০।১।৩০ - অষ্ট পুনরায় ০.০৫ গ্রাম উল্লিখিতরূপে রেক্টাল ইন্জেক্সন দেওয়া হইল।

চতুর্থ ইন্জেক্সনের পরই অব বন্ধ হইতে দেখা গেল। অতঃ পর উল্লিখিতরূপে আরও ৪টা ইন্জেক্সন দেওয়া য় বালকটী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্যলাভ করিয়াছিল। ইহাকে ০.১৫ গ্রাম পর্য্যন্ত এমিনোটিবিউরিয়া বেক্টাল ইন্জেক্সন

দেওয়া হইয়াছিল। অতঃপর নিম্নলিখিত মিক্সচারটী সেবনার্থ ব্যবহৃত করা হয়।

Re.

ফেরি এট কুইনাইন সাইট্রেট ... ২ গ্রেন।

লাই: আসে নিক হাইড্রোক্স ... ১/২ মিনিম।

লাই: গুলফ এট সিন্‌কোনা কো: ১৫ মিনিম।

টাং কলম্বা ... ২০ মিনিম।

একোয়া ক্লোরোফরম ... এড ৩ ড্রাম।

একত্র একমাত্র। প্রত্যহ আহারের পর ৩ বার

সেব্য।

(Ind. Med. Jour. June 1930)

প্রতিবাদ



মাননীয় চিকিৎসা-প্রকাশ সম্পাদক মহাশয়

সমীপে—

মহাশয়!

১৩৩৭ সালের (২৩শ বর্ষ) চিকিৎসা প্রকাশের বৈশাখ সংখ্যার ২৮ পৃষ্ঠায় মান্নব ডাঃ শ্রীযুক্ত ব্রজেন্দ্রনাথ গুপ্তাচায়া L. M. P. মহাশয়, লোবার নিউমোনিয়া সম্বন্ধে যে প্রবন্ধ লিখিয়াছেন, ঐ প্রবন্ধোক্ত কতিপয় বিষয় সম্বন্ধে আমার কিছু বলিবার আছে। নিম্নে আমার বক্তব্য উল্লিখিত হইতেছে, মাননীয় ব্রজেন্দ্র বাবু নিম্নলিখিত বিষয় কয়েকটীর উত্তর দিয়া আমাব সন্দেহ ভঞ্জন করিয়া দিলে বিশেষ আনন্দিত হইব।

(১) নিউমোনিয়ার প্রধান পথ্য “দুগ্ধ”—সম্বন্ধে মাননীয় ব্রজেন্দ্র বাবু লিখিয়াছেন—যে, “৬ষ্ঠে ক্যালশিয়াম আছে— এই ক্যালশিয়াম ফাইব্রিন ফারমেন্টকে (fibrin ferment)

কার্য্যকরী করিয়া তুলে, এই ফাইব্রিন ফারমেন্টের (fibrin ferment) জন্মই ফুসফুস নিরেট অবস্থা প্রাপ্ত হয়। * * * যতদিন পর্য্যন্ত ফুসফুসে রেড্‌ চেপাটিজেনস্ অবস্থা স্থায়ী থাকিবে, ততদিন পথ্যরূপে দুধ ব্যবহৃত হওয়া উচিত নহে”। (২৯ পৃষ্ঠা ৫ম প্যারা)

ব্রজেন্দ্র বাবু আরও লিখিয়াছেন—“নিউমোনিয়ার তরুণাবস্থায় দুগ্ধ খাইতে দিলে, কেটোসিস (ketosis) অর্থাৎ বৈকারিক লক্ষণ দেখা দিবে”।

নিউমোনিয়ায় দুগ্ধ পথ্য সম্বন্ধে ব্রজেন্দ্র বাবুর বক্তব্য উদ্ধৃত হইল; কিন্তু সুবিখ্যাত চিকিৎসক ডাঃ হচিনসন্ (Hutchison), অস্‌লার (Osler), নেলসন (Nelson) প্রভৃতি চিকিৎসকগণ নিউমোনিয়ার সকল অবস্থাতেই দুগ্ধকে একমাত্র পথ্য বলিয়া নির্দেশ

করিয়াছেন; এসবকে নিম্নলিখিত বস্তুগুলির প্রতি পাঠকগণের ও মাননীয় ব্রজেন্দ্র বাবুর দৃষ্টি আকর্ষণ করিতেছি।

(A) (Vide—Page 255, Volume I, Nelsons loose leaf living medicine).—

“Milk can be given in all stages of Pneumonia. if well borne, is the simplest and best food”.

Even he recommends milk-sugar, when milk is not tolerated owing to the distention of the intestines,

(B) Osler's-Medicine ... page 109.

(C) Hutchison's Index of Medicine, page 679, etc etc.

তুচ্ছ পথ্য সম্বন্ধে ইহা অপেক্ষা আর বেশী উল্লেখ করিবার দরকার নাই।

— (২) নিউমোনিয়ায় ডিজিটেলিস (Digitalis) প্রয়োগ সম্বন্ধে ব্রজেন্দ্র বাবু লিখিয়াছেন—“যেখানে অতিশয় পেটকাঁপা ও উদরাময় বর্তমান থাকে, সেখানে ডিজিটেলিস (Digitalis) প্রয়োগ করা সম্ভব নহে। সত্য বটে ডিজিটেলিস পাকস্থলী ও অন্ত্রের মৃদু উত্তেজক (mild gastro-intestinal irritant), কিন্তু ইহা ইঞ্জেক্সন রূপে প্রয়োগ করার কোন প্রতিবন্ধকতা আছে কি?”

বিজ্ঞ চিকিৎসকগণের অভিমত এই যে, ডিজিটেলিস (Digitalis) প্রথম হইতেই ইঞ্জেক্সন রূপে ব্যবহৃত করিলে উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া যায়। কারণ, মুখপথে প্রয়োগে অনেক সময় ইহা অকর্তব্য (useless) হইয়া থাকে। (ডাঃ হচিনসনের ইন্ডেক্স অব মেডিসিনের ৬৭৯ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য)।

(৩) নিউমোনিয়ায় অতিশয় পেট কাঁপা ও উদরাময় বর্তমানে মাননীয়

ব্রজেন্দ্র বাবু লিখিয়াছেন—“একশ ক্রেডে ১নং বিক্শচার (:৩৩৭ সালের চিকিৎসা-প্রকাশ ১ম সংখ্যা ৩১ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য) ব্যবহার করা যায় না। এই সকল উপসর্গে মৃত্যুর হার বেশী হয়”। এই পর্যন্ত বলিয়াই তিনি বক্তব্য শেষ করিয়াছেন। কিন্তু এখানে কি, ইহা অপেক্ষা আর কোন উৎকৃষ্টতর ব্যবস্থা করিয়া মৃত্যুর হার কম করা যাইতে পারে না? আশা করি ব্রজেন্দ্রবাবু ইহার প্রত্যুত্তর দিলে বাধিত হইব।

(৪) নিউমোনিয়ার প্রথমে পীড়ার গতি রুদ্ধ করণোদ্দেশ্যে ক্যালশিয়াম প্রয়োগ সম্বন্ধে ব্রজেন্দ্রবাবু বিরুদ্ধ মত প্রকাশ করিয়াছেন। কিন্তু এখানকার সুপ্রসিদ্ধ বিজ্ঞ চিকিৎসক ডাঃ শ্রীযুক্ত অনাথজীবন বসু এম্ বি মহাশয় নিউমোনিয়ার প্রথমাবস্থায় ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট (Calcium Lactas ব্যবস্থা দ্বারা বরাবর সুনামের সহিত চিকিৎসা করিয়া আসিতেছেন। সর্বস্বত্বলই ইহাতে সুফল হইতেছে।

সুতরাং নিউমোনিয়ার প্রথমাবস্থায় ক্যালশিয়াম (Calcium) প্রয়োগ বিধেয়, কি অবিধেয়; ব্রজেন্দ্র বাবুর নিকট ইহার সহজত্তর পাইলে সুখী হইব। আশা করি মাননীয় ব্রজেন্দ্রবাবু উল্লিখিত জিজ্ঞাস্য বিষয় গুলির প্রত্যুত্তর দিয়া বাধিত করিবেন। তিতি ৯/৭/৩০

বিনীত

শ্রীশক্তিপদ চট্টোপাধ্যায়।

এম, এস ফার্মেসী।

C/o. ডাঃ এন, জি, দাস M. B. B. S.

কিশনগঞ্জ, জেলা পূর্ণিয়া।



রক্তরোধ—Amenorrhoea.

লেখিকা—শ্রীমতী লতিকা দেবী M. D. (Homoeo .

B L. M. P., M. H. C. P.

বাইওকেমিক ও হোমিওপ্যাথিক মেডি ডাক্তার

কলিকাতা

০):(*):(০

স্বীলোকদের প্রত্যেক মাসেই যে ঋতুশ্রাব হয় উহা সহসা (গর্ভ সঞ্চার ব্যতীত) বন্ধ হইয়া যাওয়াকে ‘রক্তরোধ’ বা ‘এমিনোর্রিয়া’ বলে। গর্ভ সঞ্চার বা বন্ধ বয়সে যে রক্তঃলোপ হয় তাহা পীড়া নহে এবং সে জন্য কোন চিকিৎসারও প্রয়োজন হয় না। ইহা ব্যতীত অল্প যে কোনও কারণে রক্তঃলোপ হইলে তাহার সুচিকিৎসার আবশ্যক, নচেৎ ইহা হইতে বিবিধ সাংঘাতিক পীড়ার উৎপত্তি হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। অত্যাশ্চর্য চিকিৎসাপেক্ষা বাইওকেমিক চিকিৎসায় এই রোগ অধিক সহজে ও স্থল বায়ে আরোগ্য হইয়া থাকে।

চিকিৎসা দ্বারা রোগ আরোগ্য করিতে পারিলেই ঋতুশ্রাব যথানিয়মে হইতে থাকে।

লক্ষণঃ—এই পীড়ার লক্ষণ সমূহকে দুই ভাগে বিভক্ত করা যায়। যথা—

(১) প্রাথমিক লক্ষণ ;

(২) পরবর্ত্তী লক্ষণ ;

(১) প্রাথমিক লক্ষণঃ—মাসিক ঋতুশ্রাব সহসা বন্ধ হইয়া গিয়া আর না হওয়া।

(২) পরবর্ত্তী লক্ষণঃ—ঋতুশ্রাব বন্ধ হইবার পর বিবিধ লক্ষণ সমূহের উৎপত্তি হইতে দেখা যায়। যথাঃ বক্ষঃস্থলের অত্যধিক রক্তাধিক্য; মস্তক অধবা পাকস্থলীর রক্তাধিক্য, প্রদাহ ও তৎসহ আক্ষেপ ইত্যাদি উপস্থিত হয়। এই রক্তাধিক্য ক্রমশঃ হইলে মুখ দিয়া, মস্তকে হইলে নাক দিয়া এবং পাকস্থলীতে হইলে অল্পপে রক্তশ্রাব হওয়াও অসম্ভব নহে।

কারণঃ—মানসিক অত্যধিক উত্তেজনা, সহসা ঠাণ্ডা লাগা, পদতল ক্রমাগত আর্দ্র থাকা; আহারাদির গোলমালে হঠাৎ ঋতু বন্ধ হইতে পারে। ইহা ছাড়া ঋতুগত অল্প কোনও পীড়ার যথা—যক্ষ্মা রোগ, রক্তহীনতা, মেদবৃদ্ধি রোগ, খেতপ্রদর ইত্যাদি পীড়ার আত্মসঙ্গিকরূপেও ঋতু বন্ধ হইতে পারে। এরূপ স্থলে প্রাধান পীড়ার

কথা এমন কোনও পীড়া নাই—যাহা এই রক্তরোধ হইলে উপস্থিত হইতে না পারে। ইহা হইতে যুবতীদের হিষ্টিরিয়া হইতে দেখা যায়। জীলোকদের ইহা একটি কঠিন পীড়া। কোন মতেই এই পীড়া অবহেলা করিবার নহে।

অনেক সময়ে ধীরে ধীরে ঋতু বদল হইয়া যায় এবং অনেক—গর্ভ সঞ্চার হইয়াছে বলিয়া সন্দেহ করেন। কিন্তু কিছুদিন পরেই জানা যায় যে, উহা গর্ভ সঞ্চার নহে—রক্তরোধ পীড়া।

চিকিৎসা :—এই পীড়ার চিকিৎসায় নিম্নলিখিত ঔষধ কয়েকটি উপযোগিতার মতিত ব্যবহৃত হয়। যথা—

(১) ক্যালকেরিয়া ফস্ :—রক্তহীনতা এবং আহাঙ্গির দোষে ঋতু বদল হইলে এই ঔষধটি উপকারী। ক্রমশঃ ঋতুভাব হ্রাস পাইয়া বন্ধ হওয়া, ফ্যাকাশে মুখমণ্ডল, শরীর ক্লান্ত দুর্বল, রোগিণী সর্জন্য বিষম এবং অভিলাব শূন্য হইলে ইহা উৎকৃষ্ট ঔষধ। ইহা ৬x শক্তি প্রত্যহ ৩৪ বার সেব্য। দীর্ঘকাল ঔষধ দিবার আবশ্যক হইলে ১২x বা ৩০x শক্তি বিধেয়। মাত্রা—৩ গ্রেণ।

(২) কেলি-ফস্ :—মানসিক উত্তেজনা বা মানসিক অবসাদজনিত ঋতুবন্ধে কিম্বা দুর্বলকর বা অবসাদজনক পেশাজনিত ঋতুবন্ধে ইহা খুব ভাল ঔষধ। মানসিক অবসাদ, বিষমতা, শ্রান্তি, ক্লান্তি, দীর্ঘস্থতা, সাধারণ স্নায়ুদৌর্বল্য, জিহ্বা মলাবৃত (পীতাভবর্ণের ময়লা), খাদ্যপ্রাসে দুর্গন্ধ এবং মুখের বিষাদ ইত্যাদি লক্ষণে কেলি ফস্ উৎকৃষ্ট ঔষধ। মানসিক এবং স্নায়বিক কারণে ঋতু বদল হইলেই এই ঔষধ ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

শক্তি—৬x। প্রত্যহ ৩৪ বার সেব্য। মাত্রা—৩ গ্রেণ।

(৩) কেলি-মিউর :—ঠাণ্ডা লাগিয়া রক্তলোপ হইলে, কিম্বা সর্জন্য পদতল ডিজিয়া থাকার ফলে ঋতুবন্ধ হইলে এই ঔষধ বিধেয়। জিহ্বা খেতবর্ণ মলাবৃত এবং

গ্রন্থিসমূহের সাধারণ ক্রিয়ামান্য লক্ষণে কেলি মিউর উপকারী।

শক্তি—৬x, ১২x। প্রত্যহ ৩৪ বার সেব্য। মাত্রা—৩ গ্রেণ।

(৪) নেট্রাম মিউর :—রক্তান্নতা জন্ত ঋতুবন্ধ এবং তৎসহ শিরঃপীড়া, মাথাভাববোধ এবং বিষমতা লক্ষণে নেট্রাম মিউর ভাল ঔষধ।

শক্তি—৬x, ১২x, ৩০x। প্রত্যহ ৩৪ বার সেব্য। মাত্রা ৩ গ্রেণ।

স্থূলকায়ী জীলোকের রক্তলোপ :—যেদৃষ্টি জন্ত স্থূলকায়ী জীলোকদের ঋতু বদল হইলে ব্যাঘাত শু পরিশ্রম দ্বারা যেদ হ্রাস কবিত্তে চেষ্টা করা কর্তব্য। এইরূপ জীলোকেব পক্ষে অন্ন আহাঙ্গ, দুগ্ধ ঘি ইত্যাদি নিষিদ্ধ। ইহাদেব জন্ত কেলি সালফ ৬x বেশ ভাল ঔষধ।

এই পীড়ায় ক্যালকেরিয়া ফস্ অতি শ্রেষ্ঠ ঔষধ। বঙ্গলোপে যে কোনও ঔষধই ব্যবস্থা করা হউক না কেন—তৎসহ এই ঔষধ ২১ মাত্রা দিতে যেন ভুল না হয়। আবশ্যকবোধে ২৩টি ঔষধ একত্রে মিশ্রিত করিয়াও দিতে পাবা যায়।

পান্য :—পান্যাদি লঘুপাচ্য অণুচ পুষ্টিকর হওয়া উচিত। এতদর্পে হর্লিক্স মলটেড মিল্ক (Horlicks malted milk), পাটীছন্দ, চিডাব মণ্ড, ফলেব রস, মাংসের ত্রণ বা স্থপ, মুস্তর ডাইলের কাথ ইত্যাদি ব্যবস্তেয়। মধ্যে মধ্যে কোমরে উৎকৃষ্টলেব ধারা দিলে বেশ ভাল হয়।

বায়ু পরিবর্তন, মানসিক অবস্থার হিতপরিবর্তন জন্ত প্রাকৃতিক দৃশ্যবৃত্ত স্থানে বাস, পেশা পরিবর্তন ইত্যাদির দ্বারাও বেশ উপকার হয়—ইহাও চিকিৎসার একটি অঙ্গ বিশেষ। মুক্ত বায়ুতে প্রত্যহ কিছুকণ ভ্রমণ করা ভাল।

দুর্বল এবং রক্তহীন রোগীর জন্ত বলকারক পথ্য

ব্যবস্থায়। সম্ভবত ব্যায়াম বা পরিশ্রম এবং শীতল জলে স্নান বিশেষ উপকারী।

আনুষঙ্গিক উপসর্গাদি :—যদি রক্তলোপ সহ সার্বসঙ্গিক লক্ষণ সমূহ প্রকাশ পায়, তাহা হইলে ঋতুবন্ধের ঔষধাদির সহিত লক্ষণ অনুযায়ী অল্প ঔষধও ব্যবস্থা করিতে হইবে। **আক্ষেপ** বা **পৈশিক সংকোচন**, **যন্ত্রণা** ইত্যাদির জন্য **ম্যাগ্‌ফল্ ৩x** বা **৬x** ভাল ঔষধ। ইহাতে অচিরেই সমস্ত যন্ত্রণার উপশম হইয়া থাকে। **বক্ষঃ**, **মস্তক** ইত্যাদিতে **রক্তাধিক্য**, **পদতল শীতল** ইত্যাদির জন্য **ফেরাস ফস্ ৬x**, **১২x** বেশ ভাল ঔষধ।

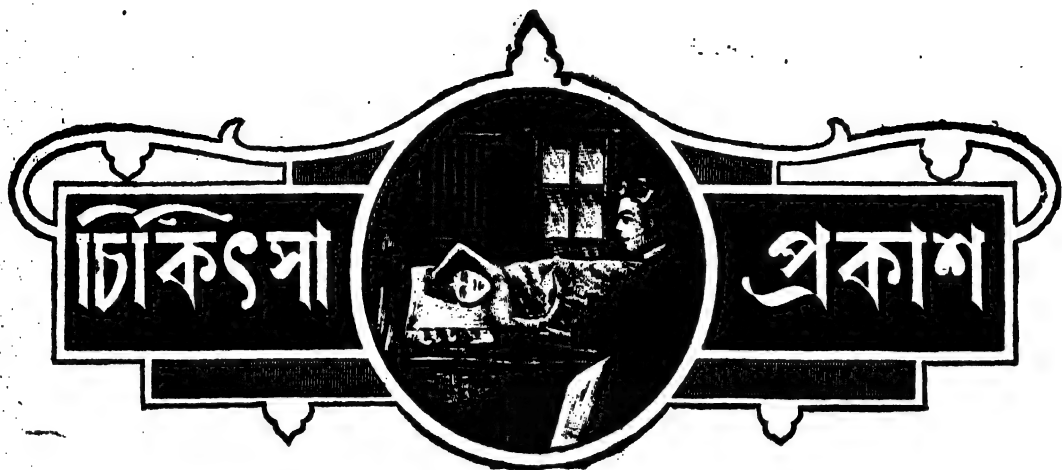
চিকিৎসিত রোগীর বিবরণ :—

(১) একজন ১৭।১৮ বৎসরের যুবতীর প্রথমে টাইফয়েড হইয়া এলোপ্যাথিক চিকিৎসক দ্বারা চিকিৎসিত হইয়াছিলেন; অতঃপর সুস্থ হইয়া তাঁহার ঋতুবন্ধ হয়। ইহাকে কেবলমাত্র **কেলি মিউন ৩x** এক ঘণ্টান্তর

প্রত্যহ ৬ বার করিয়া সেবন করিতে দেওয়া ৭ দিনের মধ্যেই ঋতুস্রাব পুনঃস্থাপিত হইয়াছিল। অতঃপর ইহাকে কিছুদিন **ক্যালকেট্রিকা ফস্** সেবন করিতে দেওয়া হয়। ইহাতেই তিনি বেশ সুস্থ হইয়া উঠেন। ৩।৭ মাস পরে সংবাদ পাওয়া গেল যে, যুবতী **অসুঃস্বা** হইয়াছেন।

(২) একজন ১৮।১৯ বৎসরের যুবতী প্রথম হইতেই অনিয়মিত এবং কষ্টরূপে রোগে ভুগিতেছিলেন—বাহ্যকে চলিত কথায় “বান্ধক” বলা হয়। গত ৩।৪ মাস আদৌ ইহার ঋতু হয় না। অনেক ঔষধ খাইয়াছেন ফল হয় নাই। ইহাকে—**কেলি ফস্—২x**, ২ ঘণ্টান্তর সেবনের ব্যবস্থা করা হইয়াছিল এবং তিন দিন মধ্যেই বিনা যন্ত্রণায় সহজ ঋতুস্রাবের জ্ঞান স্রাব প্রকাশ পাইয়াছিল।

এই পীড়ায় নির্ধাচিত ঔষধ **২x**, **৩x**, **৬x**, **১২x**, **৩০x** শক্তি পর্যন্ত অবস্থা বিশেষে ব্যবহার করিতে পারা যায়।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২০শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল—ভাদ্র

৫ম সংখ্যা

বিবিধ রোগের প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ ঔষধ

লেখক—ডাঃ শ্রীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ—ভগলী

(পূর্ব প্রকাশিত ৪র্থ সংখ্যার (শ্রাবণ) ২১০ পৃষ্ঠার পর হইতে)

(৯১) টিটেনাসে—রসটক্স

শরীর আড়ষ্ট বা শক্ত ও আকৃষিত হওয়ার নাম ইংরাজীতে “টিটেনাস,” বাঙ্গালায় বলে “ধনুষ্ঠকার”। কোন কোন দেশে ইহাকে “ধনুষ্ঠক” বলে। শরীর ধনুষ্ঠের ত্রায় বক্র হয় বলিয়াই ইহা ধনুষ্ঠকার নামে কথিত হইয়া থাকে। পীড়ার অবস্থাতেই নামের একটু আধটু পার্থক্য আছে। যেমন—শরীর পশ্চাদিকে বক্র হইলে—“কপিছোটোনাস” বা পাশ্চাটকার ;

সম্মুখদিকে বক্র হইলে—“এক্সোথোটোনাস” বা পুরষ্টকার ; পার্শ্বদিকে বক্র হইলে,—“প্লুরোথোটোনাস” বা পার্শ্বটকার ; আকৃষ্ট অঙ্গ বস্তির ত্রায় মোজা ও শক্ত হইলে—“অর্থটোনাস” বা বস্তিবং আড়ষ্টতা ; জন্মের পর হইতে একমাস মধ্যে পীড়া হইলে—“টিটেনাস নিউনেটোনাস” বা শিশু ধনুষ্ঠকার ; আঘাত লাগিয়া হইলে—“ট্রমেটিক টিটেনাস,” ঠাণ্ডা লাগা কারণে হইলে—“ক্লিমেটিক টিটেনাস” ; মৃতকে আঘাতহেতু হইলে—“হাইড্রোফোরিক টিটেনাস”

পীড়া উৎপত্তির কোন কারণ জানা না যাইলে, তাকে
“ইডিওপ্যাথিক টিটেনাস্ বলা যায়।”

নবজাত শিশুর নাড়ীচ্ছেদনে, গর্ভপাতে, কর্ণে পিচকারী
প্রয়োগ প্রভৃতি কারণেও এই পীড়া হয়। কখন
ব্যাপকভাবেও এই পীড়া অনেকের হইতে দেখা যায়।
ক্রিমিরোগগ্রস্তেরও টিটেনাস্ হয়।

স্পাইন্ডাল্ মেনিন্জাইটিস্, হাইড্রোকোবিয়া, মাংসপেশীর
বাত বা মাল্টিউলার রিউমেটিজম্, ষ্ট্রীকনিয়া পয়জনিং ও
হিষ্টেরিয়া প্রভৃতি রোগের সহিত ইহার ভ্রম হইতে পারে।
ঐচ্ছিক মাংসপেশীনিচয়ের সঙ্কোচিত আড়ষ্টাবস্থা (টনিক
কন্ট্রাক্শন্), সমস্ত শরীর শক্ত হইয়া কাঠের তায় শক্ত
হওয়া, চোয়াল ধরা (ট্রিসমাস বা লক্জ), এবং মাঝে মাঝে
কন্ভাল্শন্ বা আক্লেপ হওয়া, ফিটের সময় শরীর বক্র
হওয়া, অত্যন্ত ঘর্ম ও পিপাসা; ইহার প্রধান লক্ষণ।
চোয়াল ধরা না থাকিলে তাকে টিটেনাস্ বলা যায় না।

যাহা হউক, ধমুঠকার অতি কঠিন পীড়া। ইহা যেমন
কষ্টদায়ক, তেমনই প্রাণসংহারক। আভিঘাতিক বা
আঘাতজনিত পীড়ায় শতকরা ৯০টা এবং অজ্ঞাত কারণে
পীড়া হইলে শতকরা ৫০টা রোগী মারা যায়। সন ১৩৩১ সালের
১৩ই জ্যৈষ্ঠ আমার প্রথম পক্ষের জ্বর নবম গর্ভে একটি
কন্তা জন্মে ২০শে জ্যৈষ্ঠ কন্তাটি টিটেনাসে মারা যায়।
উহার কয়েকদিন পরে আমার জ্বর টিটেনাস্ পীড়ায়
আক্রান্ত হয়, আমি এবং বৈচিত্র (হুগলী) সুবিখ্যাত
হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ডাঃ শ্রীযুক্ত মহেন্দ্রনাথ ভট্টাচার্য্য
নিয়ত পর্যবেক্ষণ করিয়াও তাহার জীবনরক্ষা করিতে সক্ষম
হই নাই।

কিন্তু ঢেউ দেখিয়া নৌকা ডুবা হইলে হইবে না।
আমাদিগকে সকল প্রকার রোগের চিকিৎসার জন্ত রোগীর
সম্মুখীন হইতে হইবে ও প্রাণপণে রোগারোগ্যের
জন্ত চেষ্টা করিতে হইবে। এখানে একটি রোগীর কথা
বলিব।

স্নোডী :- সালুকগড় গ্রামের ছোট সিং ঘোষের
একটি ১৫১৬ বৎসর বয়স্ক পুত্র। বিগত ৩০শে বৈশাখ
ভাদ্র—৬

(১৩৩৭) এই যুবকটি আমগাছ হইতে পড়িয়া যার
তৎপরদিন ৩১শে বৈশাখ জ্বর হইয়া শয্যাগত হয় এবং দেহ
আড়ষ্ট ও ধমুকের তায় বক্র হইয়া যায়। এলোপ্যাথিক
চিকিৎসা হইতে থাকে। একাধিক চিকিৎসক আসেন ও
ইজেক্শন দেওয়া হয়। তৎপরে জৈনিক কবিরাজ আনীত
হন। তাঁহার তৈলাদি যক্ষণ এবং পরে ভূতে পাওয়া
সন্দেহে ওষা আনিয়া ঝড় কুক করা প্রভৃতি কোন
অমুষ্ঠানেরই ক্রটি হয় নাই।

এইরূপে সাতদিন গত হইয়া যায়। রোগী চোয়াল
ধরার জন্ত কথা কহিতে বা কিছু খাইতে পারে না। ক্রমে
সকলেই তাহার জীবনের আশা ছাড়িয়া দিল।
অবশেষে কেহ কেহ আমাকে দেখাইতে পরামর্শ
দেন। কিন্তু আর দেখান বিফল মনে করিয়া এই স্থির
করা হয় যে, আজ অবস্থা জানাইয়া ঔষধ আনা হউক,
যদি রাত্রি কাটিয়া যায় এবং কিছু উপকার দেখা যায়,
তাহা হইলে আগামী কলা ডাক দেওয়া যাইবে। তাহাই
হইল। অবস্থা জানাইয়া ঔষধ লইয়া যাইবার জন্ত আমার
নিকট লোক প্রেরিত হইল। আমি আত্মোপাস্ত ব্যবস্থা
গুনিয়া একমাত্র নব্রহ্মভমিকা ২০০, এবং তিন
মাত্রা আর্শিকা ৩, দিলাম। পরদিনে আমি আহুত
হইলাম।

এই জৈষ্ঠ যাইয়া দেখিলাম—দক্ষিণদ্বারী ঘরের
দুয়ারের একপাশে রোগী শুইয়া আছে। তাহার পৃষ্ঠদেশ
শয্যা স্পর্শ করে নাই, দুই পাশে ও মস্তকে বালিশ দিয়া
কোনওরূপে শোয়াইয়া রাখা হইয়াছে। গ্রীবার বামদিকে
অসহ বেদনা, দুই তিন মিনিট অন্তর ফিট হইতেছে, সেই
সময় বালিশগুলির সাহায্যে তাহার অবস্থানের সুবিধার
জন্ত চেষ্টা করিতে হইতেছে। হাঁটু মুড়িতে পারে না। আজ
সুবিধার মধ্যে এই দেখা যাইতেছে যে, গতকলা ঔষধটুকু
(সুগার অব মিল্ক প্রস্তুত) কোনওরূপে দাঁতের ফাঁক দিয়া
খাওয়ান হইয়াছিল, আজ দাঁত একটু ফাঁক হইয়াছে,
ঔষধ খাওয়াইতে পারা যাইতেছে এবং অদম্য পিপাসার
জন্ত পাইপের সাহায্যে জল খাইতেও পারিতেছে। আরও

একটু স্থিতি এই হইয়াছে যে, আজ অস্পষ্টভাবে একটু আঘাত কণাও কহিতে পারিতেছে। ১লা ল্যেট হইতে বাহ্যে হয় নাই। ক্রিটের সময় ঘামে সর্বাঙ্গ ভিজিয়া যায় এবং হাত পা বরফের জায় শীতল হয়। এখন বেলা ৯টায় অর ১০১ ডিগ্রি। ঔষধ আজিও “আর্গিকা” চারিটা পুরিয়া দিয়া আসিলাম।

৮ই জৈষ্ঠ—রোগীর পিতা আবার অন্তরূপ চিকিৎসার (সাঁওতালদের গাছ গাছড়ার প্রলেপ প্রভৃতি) ব্যবস্থা করে। কিন্তু তাহাতেও উপকার হয় না বরং পীড়া বৃদ্ধির দিকে ধাবিত হইয়াছে। ইতিপূর্বে আমার ঔষধে কিছু উপকার হইয়াছিল বলিয়া, পুনরায় আমার নিকটে ঔষধ লইতে আসে। আমি নব্রতভক্ষিকা ২০০, একমাত্রা এবং আর্গিকা ৩, তিনমাত্রা দিই।

১২ই জৈষ্ঠ—পুনরায় প্রাতে আমি আহৃত হই। দেখিতে গিয়া শুনিলাম যে, এই দিন রোগীর (১১ দিনের পর) বাহ্যে হইয়াছে। মল অত্যন্ত গুটিলে। অত্যন্ত অবস্থা পূর্ববৎ। অর ছাড়ে না, এখন উত্তাপ ১০১ ডিগ্রি, সন্ধ্যার সময় অর বেশী হয়। আর্গিকায় বিশেষ কিছু উপকারই হইতেছে না বলিয়া মনে হইল; সেজন্য ঔষধান্তরের সাহায্য গ্রহণ মানসে এইদিন রোগীর অবস্থাদি বিশেষ বিবেচনা পূর্বক ঔষধ নির্ধারনে প্রবৃত্ত হইলাম।

আঘাতজনিত (Wounds) পীড়ায় আর্গিকা; হাইপেরিকাম্; সিন্ফাইটাম্; লিডাম্; রুটা; ক্যালেলুলা; ফেরাম্-মিউরিয়েটিকম্; ক্যালকেরিয়া-কার্ব; ক্যালকেরিয়া-কস্; ট্যাক্সিসেগ্রিয়া; কোনিয়াম্; হেমামেলিস্ ও রসটক্স এই ঔষধ কয়টিই আমাদের প্রধান অবলম্বন। সকলপ্রকার আঘাতেই ইহাদের কোনও না কোন একটি ব্যবহৃত হইয়া থাকে এবং ইহাদের প্রত্যেকটিই ব্রহ্মস্বের ন্যায় শক্তিশালী। কেবল পার্থক্যাদি নিরূপণ করিয়া অব্যর্থ সন্ধানে ব্যবহার করিতে হয়।

নিম্নে ইহাদের বিশিষ্ট লক্ষণ-সমূহ উল্লিখিত হইতেছে:—

আর্গিকা :—আঘাত প্রাপ্তস্থানে কাল শিরা বা রক্ত জমিয়া থাকিলে, তৎকালে যাওয়া আঘাত।

হাইপেরিকাম্ ও ট্যাক্সিসেগ্রিয়া :—অঙ্গুলিতে আঘাত লাগিয়া মায়ু আশ্রয় করিয়া যন্ত্রণা উৎপাদী হয়। অঙ্গুলির আঘাতে নখ উঠিয়া গিয়া পুনঃ পুনঃ চিড়িক্‌মারা বেদনা সহ ধনুষ্ঠকারে হাইপেরিকাম্ সর্ষপ্রেষ্ঠ, হাইপেরিকাম্ শ্রায়বীষ বেদনার মহৌষধ।

সিন্ফাইটাম্ :—অস্থিতে আঘাত, হাড় ভাঙ্গিয়া যাওয়া, কম্পাউণ্ড ফ্রাকচার (অস্থি ভাঙ্গিয়া মর্শ্বেভেদ করিয়া বাহিরে আসা)।

লিডাম্ :—হস্তাগ্র অঙ্গাঘাত, হিপ্, সন্ধিতে আঘাত।

রুটা :—টাসেল ও কার্পল (হাতের ও পায়ের অঙ্গুলির) সন্ধিতে আঘাত।

ক্যালেলুলা :—কত হইলে কতের উপর বাহ্যিক প্রয়োগ হয়।

ফেরাম্-মিউর :—মোল্ডার সন্ধির (স্থল-সন্ধির) আঘাত।

ক্যালকেরিয়া-কার্ব ও ক্যালকেরিয়া-ফস্ :—হাড় ভাঙ্গিয়া ভিতরে থাকিলে, অথবা আঘাতজনিত রক্ত জমিয়া কালশিরা, আর্গিকা প্রয়োগে ভাল না হইলে ক্যালকেরিয়া কার্ব উপকারী।

কোনিয়াম্ :—গ্রন্থি বিধানের (Glands) উপর আঘাত, স্পর্শ-শক্তি হীনতায় ব্যবস্থেয়।

হেমামিলিস্ :—আঘাত জনিত প্যাসিভ রক্ত (কালরক্ত) শ্রাব হইলে।

রসটক্স :—সন্ধি ও হাড়ের বন্ধনী বা অস্থি-সংযোজক খিলী (Ligament) অথবা অস্থি-মাংস সংযোজক শিরাতে (টেণ্ডনের—Tendon) আঘাত ও টান প্রাপ্তিতে যে কোন পীড়া হয়, তাহাতে রসটক্স সর্ষপ্রেষ্ঠ মহৌষধ।

সিন্ধাক্ত :—এই বালক গাছ হইতে পড়িয়া গিয়াছিল, তখন সে ভূমির উপর বসিয়া পড়িয়াছিল, স্তবরাং তাহার হিপ্-জয়েন্ট, লিগামেন্ট ও টেণ্ডনে যে,

আবাত লাগিয়াছিল; তাহা সহজেই বুঝা যায়। এই সকল কারণে তাহার পক্ষে রসটক্স সম্পূর্ণ উপযোগী ঔষধ স্থির করিয়া, অল্প চান্নি মাত্রা রসটক্স ৩০, দিয়া আসিলাম।

১৩ই, ১৪ই, ১৫ই ও ১৬ই জ্যৈষ্ঠ—

এ কয়দিন রোগী উত্তরোত্তর ভাল আছে; প্রত্যহ একবার করিয়া বাহ্যে হইতেছে, অর বন্ধ হইয়াছে, এখন মুগ অনেক হাঁ করিতে পারে, পিপাসা কম হইয়াছে, রাত্রে ঘাম হয় বটে, তবে অনেক কম, খুব ক্ষুধা হইয়াছে ইত্যাদি অবস্থা বলিয়া ঔষধ লইয়া যায়। এই কয় দিন কোন দিন রসটক্স দিয়াছি, কোন দিন আনমেডিকেটেড্ ঔষধ দিয়াছি। এখানে ইহা বলা আবশ্যক যে, এই রোগীর জীবনে আর আমার কোন সন্দেহ ছিল না। কারণ, টিটেনাসের রোগীর ১৪ দিন গত হইলে আর মারা বাইবার প্রায় সম্ভাবনা থাকে না।

১৭ই তারিখে দেখিতে গেলাম, তখন বেলা ৮.০টা। রোগী ঘরের দ্বারে বা পাশে শুইয়া এক বাটা চিড়া ভাজার গুড়া স্বহস্তে অতি আগ্রহের সহিত খাইতেছে। গত দুই দিন হইতে তাহার আর ফিট হয় নাই; চোখাল ধরা নাই, মুখ হাঁ করিতে ও জিহ্বা বাহির করিতে পারে, চিং হইয়া শুইলে পৃষ্ঠদেশ শয্যার সহিত স্বাভাবিকরূপে সংলগ্ন থাকে, হাঁটু আস্তে আস্তে অতি কষ্টের সহিত বাঁকাইতে পারে, এপাশ ওপাশ করিতে পারে, কিন্তু উঠিতে পারে না, বসাইয়া দিলে দেওয়ালে বালিশ হেলান দিয়া বসিতেও পারে, প্রত্যহ বাহ্যে হইতেছে, রাত্রে কয়েক দিন একটু একটু ঘুম

হইতেছে, গ্রীবার বাম দিকে বেদনা নাই, কণা অনেক স্পষ্ট হইয়াছে, আর ঘাম হয় না, অরও হয় না। রোগীর এইরূপ অবস্থা—বিশেষতঃ, রোগীর মুখে আজ একটু আনন্দের হাসি দেখিয়া আমি যে কি আনন্দ লাভ করিলাম, তাহা লেখনী মুখে প্রকাশ করা সম্ভব নহে।

একণে আর ঔষধ দিবার আবশ্যকতা নাই, কিন্তু রোগীর বাড়ী যাওয়া সকলের সমক্ষে শিশি হইতে ঔষধ ঢালিয়া ঔষধ প্রস্তুত করিয়া দিতেই হয়, নচেৎ ব্যবসা চলে না। সেজন্য আনমেডিকেটেড্ ঔষধ (Alcohol) কয়েক ফোঁটা দিয়া দুই দিনের আট মাত্রা ঔষধ প্রস্তুত করিয়া দিয়া আসিলাম। রোগীর কাতর প্রার্থনায় সন্তুষ্ট হইয়া অল্পই অন্নপথ্য দিতে বলিলাম।

২২শ জ্যৈষ্ঠ পর্য্যন্ত ঔষধ (আনমেডিকেটেড্)

দিতে হইয়াছিল, ইহার পর আর তাহার ঔষধ লইয়া যাওয়া আবশ্যক বোধ করে নাই।

এই রোগী এতদূর কঠিন হইয়াছিল যে, রোগের প্রাবল্য সময়ে প্রত্যহ রাত্রি প্রভাত হওয়া মাত্র রোগী কেমন আছে, তাহা স্বচক্ষে প্রত্যক্ষ করিবার জন্য প্রতিবেশী নরনারীগণ সর্বাগ্রে রোগীকে দেখিতে আসিত এবং রাত্রে কাণ পাতিয়া থাকিত—কখন রোগীর বাড়ীতে কাণা উঠে।

যদিও টিটেনাস রোগের চিকিৎসায় অনেক স্থলেই অকৃতকার্য হইতে হয়, তথাপি এইরূপ সকল প্রকার চিকিৎসক পরিত্যক্ত একটি রোগী আরাম হওয়াও কি হোমিওপ্যাথির গৌরবের কথা নহে?

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক মতে অস্ত্র চিকিৎসা

লেখক—ডাঃ ক্রীশনীগোপাল দত্ত B. A., M. D. (*Homoeo*)

হোমিওপ্যাথ ও বাইওকেমিক

কৈলাসহব বিভাগ, স্বাধীন ত্রিপুরা রাজ্য

(পূর্বে প্রকাশিত ৭র্থ সংখ্যার (প্রাবণ) ২১৪ পৃষ্ঠার পর হইতে)



হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক চিকিৎসায় যে, হ্রাসরোগ্য, অস্ত্রসাধ্য রোগগুলি কিরূপ আশ্চর্য্যরূপে অস্ত্রাদির বিশেষ সাহায্য ব্যতিরেকেও নিশ্চল ভাবে আরোগ্য (radical cure) হয়, তাহার বহু দৃষ্টান্ত দেওয়া হইতে পারে। এই কথা বলাব উদ্দেশ্য এই নয় যে, আমরা সব ক্ষেত্রেই বিনা অস্ত্রে যে কোনও অস্ত্রসাধ্য রোগী (surgical case) আরোগ্য করিতে পারি। বিশেষতঃ, আধুনিক এলোপ্যাথিক চিকিৎসা-জগতে চিকিৎসা-বিজ্ঞানের যেকোন দ্রুত উন্নতি পরিলক্ষিত হইতেছে এবং সঙ্গে সঙ্গে যেকোনভাবে অস্ত্রচিকিৎসা করে নানা প্রকার অভিনব প্রণালী ও যন্ত্রাদি নিত্য নূতন আবিষ্কার হইতেছে এবং এই সকল বিষয়ে তহাশুসন্ধান চলিতেছে, তাহাতে যাবতীয় অস্ত্রসাধ্য বোগই কেবলমাত্র হোমিওপ্যাথি বা বাইওকেমিকের সামান্য কয়েক মাণ্ডা ঔষদেই সাবাহা দিব, তেমন আশ্চর্য্যরিতা ও স্পন্দা আমরা কবিত্তে চাই না। আভ্যন্তরিক ঔষধ প্রয়োগের সঙ্গে সঙ্গে আবশ্যকীয় অস্ত্রাদির সুনিয়মিত ব্যবহারের বিষয়ে মতবৈধ না থাকাই বাঞ্ছনীয়। এ ক্ষেত্রে dogged obstinacy বা একগুঁয়েমি ও গোঁড়ামীর প্রশ্রয় দিতে বাওয়া আমাব সম্পূর্ণ অনভিপ্রেত। আমাদের পরম প্রদ্বেষ ঋষিতুল্য ও মনসী হোমিওপ্যাথ ৬প্রতাপচন্দ্র মজুমদার, ৬মহেন্দ্র নাথ সরকার, ৬ডি, এন, রায় ও ৬অধোরনাথ ভাট্টী প্রভৃতি মহাশয়গণও প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে অস্ত্র ধারণ করার কথা সর্বদাই উচ্চকণ্ঠে বলিয়া গিয়াছেন। কাজেই আভ্যন্তরিক ঔষধ প্রয়োগের সঙ্গে সঙ্গে বাহ্যিক প্রলেপ,

সেক, তাপ, মালিশগুলি সহকারী (accessory treatment) স্বরূপে গ্রহণ করিলে যে, হোমিওপ্যাথিককে জাতিচ্যুত হইতে হইবে, এমন কোনও কারণ দেখা যায় না। অবশ্য সর্বদাই দৃষ্টি রাখিতে হইবে—বাহ্যতে এই বাহ্যিক ও আভ্যন্তরিক প্রয়োগের ঔষধগুলির মধ্যে একটির সঙ্গে আর একটির অসাম্মিলন (incompatibility) না দাঁড়ায়। এই জন্তই বাহ্যিক প্রয়োগেব জন্ত টোটকা, মৃষ্টিযোগ, সেক, তাপ, মালিশ যাহাই দেওয়া হউক না কেন—আভ্যন্তরিক ঔষধের বিরুদ্ধে ইহারা যেন কোনও প্রতিবন্ধকতা উপস্থিত না করে, তৎবিষয়ে হোমিওপ্যাথিক বা বাইওকেমিক চিকিৎসকেব বিশেষ জ্ঞান পাকা আবশ্যক। হোমিওপ্যাথিক আভ্যন্তরিক ঔষধ ও অস্ত্র প্রকার বাহ্যিক প্রয়োগেব ঔষধ উভয়ের গতি (direction) যদি এক দিকে হয়, তাহা হইলে উভয় প্রকার ঔষধ দিতেই বা কি আপত্তি থাকিতে পাবে? প্রযোজন হইলে বাহ্যিকের একটু টিং আয়োডিন (Fr. Iodine) বা একটু বেললেডোনা (Ext. Belladonna) দিলাম বা একটু বোরিক কম্প্রেস (Boric Compress) এর ব্যবস্থা করিলাম—যদি ডাক্তারের জ্ঞান বিশ্বাস মতে তাহা হোমিওপ্যাথিক ঔষধের কোনও ক্ষতি বৃদ্ধি না করে, তবে আর গোঁড়ামি করিয়া লাভ কি? দরকার হইলে বাহ্যিক ঔষধ দিলে—এমন কি অস্ত্র প্রয়োগ করিলে—তাহাতে দোষ হইতে পারে না।

অবশ্য যদি এবপ্রকার বাহ্যিক প্রলেপ, সেক, তাপ প্রভৃতি হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক চিকিৎসার হানী

করিবে বলিয়া নিতান্তই ডাক্তারের অভিমত হয়, তবে বরং এইগুলি নাই দিলেন। কারণ, হোমিও ও বাইওকেমিক মতে বহু প্রকার বাহ্যিক প্রয়োগরূপ (external applications) আছে। তবে আমার মতে কোনও বিষয়েই গোড়ামি প্রকাশ না করিয়া ধীর ভাবে ও প্রশান্ত চিত্তে প্রত্যেক বিষয়েরই ভাল জিনিষটি বাছিয়া লওয়া কর্তব্য।

‘আমার মতের বিজ্ঞানেই সব করিব; আমার হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক ঔষধ ভিন্ন অস্ত্র জিনিস স্পর্শও করিব না। আমাদের ঔষধেই সব সময় অস্ত্রোপচারের (operation) কার্য্য করিবে।’ এইগুলি সম্পূর্ণ বাজে কথা। “হোমিওপ্যাথিক মিরর” (The Homœopathic Mirror) নামক প্রসিদ্ধ ইংরাজী মাসিক পত্রের গত জানুয়ারী (১৯২৯) সংখ্যায় (January 1929, Page 14-15) লিখিত মন্তব্যটি প্রত্যেক হোমিওপ্যাথকে পাঠ করিতে বসি। মন্তব্যটি এই : -

“It is true that the art of Surgery has been brought by them (the Allopathy) to a degree of perfection that excites our deep admiration ; but **Surgery belongs to no School of Therapeutics, and is equally the property of all the prevalent Systems of Medicine.** The United States of America have produced many distinguished surgeons who are avowed **followers of Homœopathy** and only follow the foot-prints of **Hahnemann**”

উল্লিখিত বিষয়গুলি কয়েকটি রোগীর বিবরণ সহ ভালরূপ বুঝাইবার চেষ্টা করিব।

২য় রোগী—স্থানীয় রাখাকিশোর ইন্সটিটিউশনের ৬ষ্ঠ শ্রেণীর (Class vi) জনৈক মুসলমান ছাত্র। গত (১৩৩১) অগ্রহায়ণ মাসের শেষ ভাগে এই ছাত্রটি একদিন খেলার মাঠে ফুটবল খেলিতেছিল। হঠাৎ পা

পিছলাইয়া পড়িয়া যাওয়ায়, বালকটির পায়ের তলায় তীক্ষ্ণধার একটি কাঠখণ্ড সজোরে বিদ্ধ হয়। ঐ টুকরাটি তখন টানিয়া বাহির করে সভ্য, কিন্তু রাত্রিতে পায়ের অসহ্য যন্ত্রণা হয়। তজ্জন্ত নিজেই কতকটা (Tr Iodine) টাং আয়োডিন লাগাইয়া দেয়। পরদিন ভোর বেলা পর্য্যন্তও যন্ত্রণার কিছুমাত্রও লাঘব না হওয়ায়, স্বাম্যাকে ডাকে। দেখিলাম পায়ের তলাটি বেশ রীতিমত ফুলিয়াছে। উহাতে অসহ্য যন্ত্রণা হইতেছে। আমি তাহার অবস্থা দৃষ্টে তাকে “সাইলিসিসিয়া ৩x” পাঁচ মাত্রা প্রতি তিন ঘণ্টা অন্তর একএকবার খাওয়ার জন্ত ব্যবস্থা করিলাম। সঙ্গে সঙ্গে বোরিক কম্প্রেস (Boric compress) দেওয়ার জন্তও উপদেশ দিলাম। রাত্রিতে আর বোরিক কম্প্রেস (Boric compress) দেওয়ার সুবিধা হইয়া উঠে নাই, শুধু “সাইলিসিসিয়া ৩x” তিন মাত্রা খাটয়াছিল। পর দিন সকাল বেলা ব্যাণ্ডেজ্ খুলিয়া দেখা গেল সমস্ত ব্যাণ্ডেজটিই একেবারে পুঁজে ভরিয়া গিয়াছে। ফুলা ও বেদনা অনেক কম।

এই দিনও পূর্বদিনের প্রদত্ত সাইলিসিসিয়ার বাকী দুই পরিমাণ ঔষধই খাইতে বলা হইল। সে দিন বোরিক কম্প্রেস (Boric compress) ভালরূপে দেওয়ার ব্যবস্থা করা হইল।

পরদিন ছাত্রটি নিজেই চাটয়া স্বেলে আসে। সে দিনও “সাইলিসিসিয়া ৩x” দুই দাগ সেবন করিতে দেওয়া হইয়াছিল।

পরে আর ঔষধ দিতে হয় নাই। ছেলেটি সম্পূর্ণ আরোগ্য হইয়াছে।

৩য় রোগী—ধর্ম্মনগর বিভাগের জনৈক উপদংশ পীড়াগ্রস্ত মুসলমান যুবক। ইহার দক্ষিণ বগলে একটি বাগী (right axillary bubo) এবং বাম কুঁচকীতে একটি বাগী (left inguinal bubo) হইয়া যুবকটি খুব কষ্ট পাইতেছিল। State Charitable Dispensaryতে ঔষধের জন্ত যাওয়ায়, তাহার নাকি ঐ বাগী দুইটাকে পাকাইয়া দেওয়ার জন্ত ঔষধ দেয় এবং

বলিয়া দেয় যে, উহা পাকিলে শীঘ্রই অস্ত্র (operation) করিয়া দিতে হইবে। লোকটা ভয়ানক ভীত। সে অস্ত্র করাতে নিতান্তই অনিচ্ছুক। লোকপরিষদে গিয়াছে যে, আমি দরিদ্র জন সাধারণকে বিনামূল্যে ও বিনা ভিজিটে চিকিৎসা ও ঔষধ প্রদান করিয়া থাকি। এই ভরসা আমাকে আহ্বান করে।

তখন সে ঐ বাগী ছইটীতে অসহ্য যন্ত্রণা, চিড়িকমারা প্রভৃতি অনুভব করিতেছিল। অবস্থা দেখিয়া উহাতে রীতিমত পূজ সঞ্চার (Suppuration) হইয়াছে জানিয়া, উহা বাহাতে ফাটিয়া যায়, তজ্জন্ত হিপার সালফ ২x চারিমাত্রা, প্রতি তিন ঘণ্টা পর পর খাইতে দিই এবং দ্রুত গরম করিয়া ঐ বাগী ছইটীর উপর অনবরত লাগাইতে বলি। আশ্চর্যের বিষয়—ঐ দিন রাত্রিতে বাগী ২টা ফাটিয়া গিয়া উহা হইতে প্রভূত পরিমাণে পুষ্ণ নিঃসরণ হইয়া যায়। পরে ঐ বাগী শুকাইবার জন্ত মাত্র ২০ দিন ‘ক্যালেন্ডুলা লোসন’ (Calendula lotion) কতোপরি প্রয়োগ করাতেই উহা আরোগ্য হইয়া গিয়াছিল।

৪র্থ রোগী—এখানকার জনৈক অবস্থাপন্ন তালুকদার মুসলমান ভদ্রলোক। এই ভদ্র লোকটির নিম্নপ্রদেহে একটি ফোঁড়া হইয়া তিনি অত্যন্ত কষ্ট পাইতেছিলেন। আমাকে খবর দিলে—আমি গিয়া দেখিলাম যে, ফোঁড়ার স্থানটি খুব প্রদাহাঘিত এবং চারিদিকে বেশ আরক্তিম হইয়াছে। মাঝে মাঝে হঠাৎ দপ্ দপ্ করা ও জ্বালাযন্ত্রণা হইতেছিল। এই সব লক্ষণাদি দৃষ্টে তাঁহাকে আমি বেসেডোনা ৫০, চারি মাত্রা দিখা প্রতি মাত্রা তিন ঘণ্টা পর পর খাইতে বলিলাম।

পরদিন খবর পাইলাম—বেদনা, জ্বালাযন্ত্রণা খুব কম—ফোঁড়াও অনেক কমিয়াছে। ঐ দিনও বেসেডোনা ৩০, দুই ফোঁটায় তিন মাত্রা প্রস্তুত করতঃ দিনে তিনবার সেবন করিতে উপদেশ দিলাম। পরদিন খবর পাওয়া গেল যে, প্রদাহ ও বেদনা কিছুই নাই। ফোঁড়া একদম বসিয়া গিয়াছে।

৫ম রোগী—এখানকার জনৈক জমিদার মুসলমান ভদ্রলোক। ইহার অণ্ডকোষের (Scrotum) ঠিক নিম্নভাগে এবং মলদ্বারের (anus) ঠিক উপরিভাগে আজ ৩৪ দিন যাবৎ একটি ফোঁড়া হইয়া ইনি কষ্ট পাইতেছেন। উহাতে খুব বেদনা আছে। ঐ স্থানে বেদনা ও চুলকানি থাকায় উহা সস্থ করিতে না পারিয়া একদিন চুলকাইতেছিলেন, এমন সময় হঠাৎ উহার অগ্রভাগটি ছাড়িয়া যায়। তখন হইতে ফোঁড়ার উপর ‘তোক্মারির’ প্লটিন্ দিতে থাকেন। তাহাতে ফোঁড়া হইতে একটু একটু ঘন পূজ নিঃসরণ হইতেছে বটে, কিন্তু অসহ্য বেদনার দরুণ কয়েকদিন যাবৎই একরূপ অনিদ্রা ও অনাহারে কাটাইতেছিলেন। এই অবস্থায় আমি আহত হই। অবস্থা বিবেচনায় আমি তাহাকে হিপার সালফ ৩x (Heper sulph 3x) চারি মাত্রা খাইতে দিই এবং পূর্বের দ্বায় ‘তোক্মারির’ প্লটিন্ লাগাইতে বলিয়া চলিয়া আসি।

ইহার পরদিন আর কোনও সংবাদ পাই নাই। যাহা হউক, কয়েকদিন পর আনিলাম—বেদিন আমার ঔষধ খাইয়াছিলেন, সেইদিন রাত্রেই উহা ফাটিয়া গিয়াছিল। ক্ষত আরোগ্য করিবার জন্ত আর আমাকে ডাকেন নাই—সম্ভবতঃ এলোপ্যাথিক মতে (dressing) ড্রেস করা হইয়াছিল।

৬ষ্ঠ রোগী—স্থানীয় রাধাকিশোর ইন্সটিটিউশনের Anglo Sanskrit Teacher শ্রীযুত বাবু বিজয়কুমার ভট্টাচার্য্য। ৪৫ দিন যাবৎ ইহার ডান দিকের কুঁচকিতে বেশ একটু বেদনা হইতেছিল। একটু গুটিলও দাঁদিয়াছিল। তিনি আমাকে এই কথা বলিলে, তাঁহাকে হিপার সালফ ২০০ (Heper sulph 200) দুই মাত্রা দিই। উহা প্রথম দিন একমাত্রা ও চতুর্থদিনে এক মাত্রা সেবনেই তিনি সম্পূর্ণ সারিয়া গিয়াছিলেন।

৭ম রোগী—রাণনা গ্রাম নিবাসী জনৈক ভদ্রমহিলা। বাম জঙ্ঘার উপর একটি প্রকাণ্ড ফোঁড়া হইয়া ইনি খুব কষ্ট পাইতেছিলেন। প্রদাহ ও বেদনা খুব

বেশী হইয়াছিল। আমার নিকট তখন “বেলেডোনা” না থাকায়, আমি তাঁহাকে ফেরাম্ ফস্ফরিক ৬x কয়েক মাত্রা তিন ঘণ্টা পর পর খাওয়ার জন্ত দিয়া আসি। কিন্তু দুঃখের বিষয় উক্ত “ফেরাম্ফসে” বিন্দুমাত্রও উপকার না হইয়া, বেদনা ও জ্বালায়ত্ত্বা ক্রমশঃই বৃদ্ধি পাইতে থাকে। সারা রাত্রি চীৎকার করিয়াছিলেন।

পরদিন ফোঁড়া দেখিয়া বুঝা গেল, উহাতে পূঁজ সঞ্চয় হইয়াছে। তজ্জন্ত হিপার সালফ ৩x (Heper sulph 3x) চারিমাত্রা খাইতে দিলাম এবং সঙ্গে সঙ্গে গুণ গরম সেক দেওয়ার ব্যবস্থা করিলাম। কিন্তু ইহাতেও জ্বালায়ত্ত্বা কিছুই কমিল না।

পুনরায় পরদিনও হিপার সালফ ৩x (Heper sulph 3x) ও গরম সেক দেওয়া হইল। তাহাতেও জ্বালায়ত্ত্বা কমিল না বা উহা ফাঁটিয়াও গেল না। সুতরাং পরদিন উহা অস্ত্র (operation) করিয়া দিলাম। ইহাতে অত্যন্ত পূঁজ নিঃসরণ হইয়া যেন মহিলাটির প্রাণ রক্ষা হইল। পরে ক্যালেন্ডুলো সোসনে (Calendula lotion) ড্রেস (dress) করিয়া দেওয়ায় কয়েকদিন মধ্যেই তিনি সারিয়া উঠেন।

৮ম রোগী—একটি অল্প বয়স্ক বালকের ডান ও বাম দুই দিকেরই কর্ণমূল গ্রন্থি (Parotid glands) ফুলিয়া বালকটী ভয়ানক কষ্ট পাইতেছিল। সঙ্গে সঙ্গে জ্বরও ছিল। জ্বালায়ত্ত্বা ও বেদনার দরুন সারারাত্রি আর ঘুমাইতে পারে নাই। পর দিন বালকটীকে আমার নিকট লইয়া আসায় আমি ফেরাম্ ফস্ফ ৬x ও কেলি মিউর ৬x (Ferrum Phos 4x ও Kali Mur 6x) এই দুইটি ঔষধ ২ গ্রেণ মাত্রায় গরম জল সহ পর্যায়ক্রমে ৬ মাত্রা ব্যবস্থা করায়, মাত্র একদিনেই বালকটি সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়াছিল।

এবং প্রকার নানাপ্রকার দুরারোগ্য অস্ত্রসাধ্য রোগ

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক ঔষধ প্রয়োগে অল্প সময়ে যে নির্দোষভাবে আরোগ্য হইয়া যায়, তাহার বহু দৃষ্টান্ত দেওয়া যাইতে পারে। প্যারটিড গ্রন্থি, কর্ণমূলগ্রন্থি) টন্সিল, বগল, কুঁচকী প্রভৃতির প্রদাহ এবং স্ফোটক; বিষত্রণ; পৃষ্ঠত্রণ প্রভৃতি নানা প্রকার কষ্টসাধ্য পীড়াতে হোমিওপ্যাথিক মতে বেলেডোনা, মার্কুরিয়াম্, সলিউবিলিস, ব্যারাইটা কার্ব, ব্যারাইটা আয়োডাইড, মার্কপ্রটো আয়োডাইড, মার্ক বিণ্ আয়োডাইড, লাইকোপোডিয়াম্, ল্যাকেসিস, পাইরয়ডিনাম্, বিউবিনিয়াম্, সালফার, হিপার সালফার, কেলকেরিয়া কার্ব এবং বাইওকেমিক মতে ফেরাম্ ফস্, কেলি মিউর, কেলি সালফ, সাইলিসিয়া ও কেলকেরিয়া সাল্ফের কথা প্রধানতঃ বিবেচ্য। এই ঔষধ গুলির মধ্যে বেলেডোনা, মার্ক-সল, কেলকেরিয়া কার্ব, হিপার সালফ, সাইলিশিয়া, ও কেলকেরিয়া সাল্ফ—এই কয়েকটি ঔষধই আমাদের প্রধান। হোমিওপ্যাথিক “হিপার সালফ” ও বাইওকেমিক “সাইলিশিয়া” এই উভয় ঔষধকে আমাদের অস্ত্র বলিয়া কথিত হইলেও বোধ হয় বিন্দুমাত্রও অত্যাক্তি হইবে না। বিশেষতঃ, কার্যক্ষেত্রে যখন উহাদের দ্বারা প্রায়ই অস্ত্রের কার্য সম্পন্ন হইতে দেখা যায়, তখন উহাদের উপকারিতা সন্দেহ করার কোনও কারণ দৃষ্ট হয় না। তবে ঔষধে যখন নিতান্তই ফল না হয়—তখন অস্ত্রোপচার করাই যে, সর্বোপায় সমীচীন; ততঃসম্পর্কে কি এলোপ্যাথ, কি হোমিওপ্যাথ, কি বাইওকেমিক, কি আয়ুর্বেদিক কবিরাজ, কাহারও মতভেদ থাকিতে পারে না। এক্ষেত্রে হোমিওপ্যাথ ও বাইওকেমিক প্রাতঃসূচকে আমার মন্তব্যাদি আলোচনা করিয়া দেখিতে অনুরোধ করি। যদি কেহ অল্পগ্রহপূর্বক মন্তব্যের সমালোচনা করিতে ইচ্ছুক হন, তাহা হইলে তাঁহার যুক্তিতর্ক আমি সাদরে গ্রহণ করিব। (ক্রমশঃ)

আর্সেনিক ও তৎসদৃশ ঔষধের প্রয়োগ বিচার

লেখক— ডাঃ শ্রীরামেশচন্দ্র মন্ডী স্বাস্থ্য

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক

বানারী (ঢাকা)

—•:~•:~•—

আর্সেনিক (Arsenic)

রোগী দেখিবামাত্র রোগীটি আর্সেনিকের রোগী কি না, জিজ্ঞাসা করিয়া বুঝিতে পারি? ইহা বুঝিতে হইলে, অন্তান্ত ঔষধের ত্রাণ ইহারও গুটিকতক চরিত্রগত বিশেষ লক্ষণ—যাহা প্রত্যেক রোগীতেই প্রযোজন হয়, স্মরণ করিয়া রাখা উচিত; যদি সেইগুলি না থাকে, তাহা হইলে আর্সেনিকে কোন ফল দর্শিবে না।

আর্সেনিকের চরিত্রগত লক্ষণ (General Characteristic Symptoms) :—যখন কোনও রোগীর জন্ত আর্সেনিক প্রযোজন হইবে, তখন রোগীর নিম্নলিখিত লক্ষণ কতকগুলি থাকিবেই থাকিবে। যথা—

(১) অস্থিরতা ও উৎকণ্ঠা (Restlessness and anxiety);

(২) পীড়া অপেক্ষা অধিক দুর্বলতা (Great prostration out of proportion to illness);

(৩) জ্বালা (Burning); উহাতে উত্তাপ প্রয়োগে কতকটা সুস্থ ও উপশম বোধ (Burning relieved by heat ;

(৪) অত্যাধিক পিপাসা; জল পান করিয়া শান্তি না রাখিতে পুনঃ জল পানোচ্ছা; কিঞ্চিৎ জলপানেই পিপাসা দূর, কচিৎ অধিক জলপান (Unquenchable thirst; drinks often and little at a time);

(৫) পীড়া বা তাহার উপসর্গাদি রাত্রিতে বা দিনে—দুপুর হইতে বাড়িতে আরম্ভ করে (Mid-day and Mid-night aggravation);

(৬) বাহ্যে, প্রস্রাব, ঘর্ম্ম প্রভৃতি সমস্ত অব্যবহৃত দুর্গন্ধ (Cadaveric odour);

(৭) কোন কিছু পান বা আহাৰ করিবামাত্রই বমি;

কলেরা রোগী (Cholera Patient)

কলেরা রোগীর ঘরে প্রবেশ করিয়াই দেখিতে পাওয়া যায়, বোগীর চেহারা খুবই খারাপ; চোখ বসিয়া গিয়াছে; মুখের ও পাখের চামড়া গ্রাণ হাড়ের সঙ্গে মিশিয়া গিয়াছে, বরফে হাত দিলে যেমন ঠাণ্ডা বোধ হয়, রোগীর শরীর সেইরূপ ঠাণ্ডা, হাতে একেবারেই নাড়ী পাওয়া যায় না, কিংবা খুব সৰু স্ততার মত অনুভূত হয়; রোগী রোগবস্তুগণ্য বিছানার এপাশ ওপাশ ক্রমাগত ছটফট করে; খুব দুর্বল হইলে নড়িতে পারে না; ছটফট করিবার ক্ষমতা নাই, কিন্তু তবু স্থির থাকিতে পারে না; যতক্ষণ ক্ষমতা থাকে, জলের জন্ত চীৎকার করে; ক্ষমতা না থাকিলে কেবলমাত্র হাঁ করে, এ সময় জল দিলেই চূপ করে; পর মুহূর্তেই বমি করিয়া ফেলে, বাহ্যে হয়; বমি পরই জল চাব; গাত্রচর্ম্ম বরফের মত ঠাণ্ডা সত্ত্বেও রোগীর শরীরের ভিতর যেন অগ্নি বায়; জ্বালা সত্ত্বেও গায়ের কাপড় খুলিতে পারে না। গায়ের ঢাকা খুলিলেই অস্থির হয় ও চাপা দিলেই চূপ করে. রোগীর ঘরের

ভিতর প্রবেশ করিলেই একটি কাঁজাল গন্ধ পাওয়া যায় ;
বাহ্যে বমি কম হইলেও, রোগী তদনুপাতে অধিক দুর্বল
হইয়া পড়ে ।

অনেক সময় মৃত্যুভয়, ছটফটানি, পিপাসা প্রভৃতি
কতকগুলি লক্ষণ একোনাইটে থাকায়, চিকিৎসকের
ঔষধনির্বাচনে একটু গোলযোগ হইয়া দাঁড়ায় ; সেইজন্ত
আবার একোনাইট সম্বন্ধে দুইটি একটি কথা বলিতে
হইতেছে :—

প্রভেদ বিচার

একোনাইট ন্যাপ :—কলেরায় সম্ভবতঃ
একোনাইট গ্রাপ অপেক্ষা, একোনাইট রাডিয় অধিক
উপকারী ।

একোনাইট :—ইহাতে রোগীর নিম্নলিখিত
লক্ষণগুলি বিद्यমান থাকে । যথা :—(১) মৃত্যুভয় ;
(২) গায়ের জ্বালা ; (৩) রোগী বিছানায় এপাশ
ওপাশ করে, অর্থাৎ অস্থিরতা ; (৪) পিপাসা ; রোগী
ঘন ঘন জল চায়, জল পান করিবার জন্ত ই। করে ।

উক্ত চারিটা লক্ষণ আসেনিক ও একোনাইট উভয়
ঔষধেরই আছে । তজ্জন্ত অনেক সময় অধিকাংশ
চিকিৎসককেই একটু গোলযোগে পড়িতে হয় । কিন্তু একটু
বিশেষভাবে লক্ষ্য করিলেই, আসেনিক ও একোনাইটের
পার্থক্য নির্ণয় করা যাইতে পারে । যথা :—

(১) জ্বালা :—একোনাইটের গায়ের জ্বালা, গায়ের
কাপড় খুলিলেই রোগী স্নহ ও উপশম বোধ করে ; কিন্তু
আসেনিকে কষ্ট অনুভূত হয় ।

(২) পিপাসা :—একোনাইটের রোগী একবারেই
অধিক জলপান করে ও ঘন ঘন জল চায় না ; কিন্তু
আসেনিকের রোগী জল পান করার পর পাত্রটি রাখিতে
না রাখিতেই পুনঃ জল চায় ; এক চুমুক জল খাইলেই

পিপাসার শান্তি হয়, অধিক জল পান করে না ; জল
পেটে পড়িতে না পড়িতে বাহ্যি ও বমি হয় ও তাহার পরই
আবার জল চায় ।

(৩) মৃত্যুভয় :—একোনাইটের রোগীর মৃত্যুভয়
অত্যন্ত অধিক ।

(৪) অস্থিরতা :—আসেনিকের রোগী এত দুর্বল
হয় যে, তাহার পক্ষে ছটফট করা অসম্ভব হইয়া উঠে ;
কিন্তু তাহা হইলেও অসুদীর্ঘ প্রভৃতি কতকগুলি উপসর্গ
এত প্রবল থাকে যে, রোগী কিছুতেই ছটফট না করিয়া
চুপ করিয়া থাকিতে পারে না ; কেবল এপাশ ওপাশ
ও ছটফট করে । অনেক সময় এমনও দেখা যায় যে,
দুর্বলতার জন্ত রোগী এপাশ ওপাশ ফিরিতে পারিতেছে
না, কিন্তু তবুও ইচ্ছা যে, সে স্থান হইতে সরিয়া অল্প স্থানে
যাইবে ; তজ্জন্ত ক্রমাগত অঙ্গপ্রত্যঙ্গ, হাত-পা, অঙ্গুলিগুলি
নাড়ে । একোনাইটের রোগী যে ছটফট করে, তাহা
গায়ের বেদনা, যন্ত্রণা, ভয় বা অসুদীর্ঘের জন্ত ।

ফস্ফরাস্ :—এই ঔষধটিতে আসেনিকের
দুইটি লক্ষণ পাওয়া যায় । যথা—(১) বমি ; (২) জ্বালা ।
ফস্ফরাসে যে বমি হয়, তাহা জল পান করিবার
৫.৭ ১০ মিনিট পরে অর্থাৎ জলটা পাকস্থলীতে পড়িয়া গরম
হইবামাত্রই উঠিয়া যায় । আসেনিকে ১ মিনিটও জল
পেটে থাকিবে না—যেমন খাওয়া, অমনি বমি ; অনেক
সময় মনে হয়—জল পেটে না পৌছিয়াই উঠিয়া গেল ।
ফস্ফরাসের জ্বালা ঠাণ্ডা বাতাসে, ঠাণ্ডা জলে উপশম
হয় ।

চায়না :—ইহাতে আসেনিকের একটীমাত্র লক্ষণ
আছে—পিপাসা ; রোগী পিপাসায় জল চায়, মুখ ই। করে ।
আসেনিকের রোগীর মত একটু জলপানেই পিপাসা না
মিটিলেও রোগী চুপ করিবে ।

কৃমিতত্ত্ব ও হোমিও সালফারের শক্তি

ডাঃ শ্রীজীবীকেশ বন্দ্যোপাধ্যায় এল, এইচ, এম, এস

মেডিকেল অফিসার - বয়ারসিঙ্গা সাব্ ডিস্পেন্সারী

খুলনা

—(•):(*):(•)—

মানবদেহে বহু প্রকারের কৃমি বিद्यমান আছে ও তাহাদের ক্ষমতাও অসীম বলিয়া অভিজ্ঞ চিকিৎসকগণ মত প্রকাশ করিয়াছেন। এই প্রবন্ধে কৃমি সম্বন্ধে যৎকিঞ্চিৎ আলোচনা করিয়া কৃমিবিকার চিকিৎসার একটা বর্ণনা লিপিবদ্ধ করিব।

কৃমি সাধারণতঃ তিন প্রকার। যথা :—

- (১) ফিতাকৃমি (Tape worms) ;
- (২) মহীলতাবৎ কৃমি (Round worms) ;
- (৩) সূত্রকৃমি (Thread worms) ;

(১) ফিতা কৃমি :- এই কৃমি ১—১০ গজ পর্যন্ত লম্বা, সাদা ও চেনটা, গলা সরু এবং ইহাদের কাণ্ডদেশ অনেকগুলি অংশ দ্বারা পরস্পর গ্রন্থির আকারে সংলগ্ন। মানবদেহে এইরূপ ভীষণকৃতি কৃমি রহিয়াছে যে, তাহা দেখিলে বাস্তবিকই ভয়ের সঞ্চার হয়।

নিম্নলিখিত কয়েক প্রকার ফিতা কৃমি দৃষ্ট হয়। যথা—

- (১) Taenia Solium (টিনিয়া সোলিয়াম) ;
- (২) Bothriocephalus latus (বদ্রিও কেফেলাস লেটাস) ;
- (৩) Taenia medio Canellata (টিনিয়া মিডিও কেনেলোটা)।

এই শ্রেণ্যের কৃমিই সর্বাধিক বৃহৎ ও বলশালী।

(২) মহীলতাবৎ কৃমি :- এই কৃমি কৈটোর স্তায় লম্বা। নিম্নলিখিত কয়েক প্রকারের কৈটো কৃমি দেখা যায়। যথা :—*Ascaris lumbricoides* (অস্করিস লাম্ব্রিকয়েডিস) ; *Oxyuris vermicularis* (অক্সিউরিস ভার্মিকিউলারিস)।

(৩) সূত্রকৃমি :- ইহাদের আকার সূতার স্থায়ী সরু ও ইহারা লম্বায় খুব ছোট। ইহারা ক্ষুদ্রান্ত্রে অধিক সংখ্যায় বাস করে।

ইহা ভিন্ন আরও বহুবিধ কৃমি আছে যথা :—*Trichina Spiralis* (ট্রাইকিনা স্পাইরেলিস) ; *Filaria nocturna or bancrofti* (ফাইলেরিয়া নকটোরনা বা ব্যাক্রফট) ; *Trypano Somata gambiense* (ট্রাইলেনো সোমোটা গ্যাম্বিয়েনস)।

উৎপত্তি ও বাসস্থান :- শূকরের মাংস হইতে, মৎস্য হইতে, গোমাংস হইতে, অপরিষ্কৃত জল, শাক, সব্জী, খেজুরগুড়, কলা ও নানা প্রকার মিষ্টান্ন এবং মিঠাই প্রভৃতি হইতে এই সমস্ত কৃমির অণু দেহাভ্যন্তরে প্রবেশ করে। কোন কোন সময় মক্ষিকার দংশন হেতু কৃমি উৎপন্ন হয়। এতদ্ব্যতীত গায়ের ময়লাদি হইতে চর্মে, বিশেষতঃ কেশপূর্ণ স্থানে যে সকল উকুন দেখা যায়, তাহারাও এক প্রকার কৃমির মধ্যে গণ্য।

সাধারণতঃ ক্ষুদ্রান্ত্র এবং সরলান্ত্রই, কৃমির আবাসস্থল। অনেক সময় পাঁচড়া, দড়, কুষ্ঠ প্রভৃতিতেও কৃমি দৃষ্ট হয় বা কোন কোন কৃমি দ্বারা ইহা উৎপন্ন হয় বলিয়া জানা যায়।

কৃমিজনিত কুফল :- ক্ষুদ্রান্ত্র বিশেষতঃ, ডিউডিনিয়াম ও জেজিউনামের শ্লৈষিক ঝিল্লীর সহিত কৃমিসমূহ তাহাদের শুওগুলি দ্বারা দৃঢ়ভাবে সংলগ্ন থাকে। অন্ত্রস্থ কৃমিকর্তৃক এপিগ্যাস্ট্রিক (Epigastric) প্রদেশে দন্দপৃকর বেদনা, আহারে বেদনার উপশম, রাক্ষুসে ক্ষুধা; অজীর্ণ; উদরাময়; আত্মান; মূর্ত্তিকা খাইবার ইচ্ছা; রক্তাম্রতা (কৃমিগুলি অন্ত্র প্রাচীর হইতে রক্ত চুষিয়া খায় বলিয়া) ; হৃৎকম্প ; অসম প্রকৃতির অর ;

নিজাহীনতা; শরীরের নানা স্থানে শোথ, কখন কখন উদরী (ascitis) প্রভৃতি উপস্থিত হইতে পারে।

মাংসপেশীতে কিম্বা রস ও রক্তবাহী নালীতেও বহু প্রকার অতি ক্ষুদ্র কৃমি দৃষ্ট হয়। দূষিত গরু বা শূকরের মাংস ভক্ষণ জনিত ফিতা কৃমি প্রথমে পাকস্থলী ও অন্ত্রে বৃদ্ধি পাইয়া ভেদ, বমন, এমন কি সামাজ্যাতিক স্থলে সান্নিপাত জ্বরের জ্বায় লক্ষণ উৎপন্ন করে ও পরে মাংস পেশীতে প্রবেশ করতঃ, উহাদের প্রদাহ (Myositis) উৎপাদন করে।

ফাইলেরিয়া জাতীয় কৃমি মক্ষিকা দংশনসহ উহাদের বীজ বা অণু রক্তে প্রবেশ করতঃ বৃদ্ধি পাইয়া দিবাভাগে কুস্কুস্ এবং বৃহৎ বৃহৎ রক্তবহানালী মধ্যে লুক্কায়িত থাকে এবং বিরামের সময় পুনরায় সার্কাদান্ন রক্তে দেখা যায়। (এই সময় ১ ফোঁটা রক্তের মধ্যে প্রায় ৩০০ শত ফাইলেরিয়া দৃষ্ট হয়।) অনেক সময় এই কৃমির অণু জলের সঙ্গে অন্নবহানালী হইতে রসবাহী নালীতে যাইয়া (lymphatic glands—লিম্ফটিক গ্রাণ্ডস্) গ্রন্থি ক্ষীতি, তৃণবৎ সাদা প্রস্রাব (chyluria) অথবা গৌদ (elephantiasis) এবং অমাবস্থা বা পূর্ণিমা তিথিতে শীত কম্পসহ সাময়িক জ্বর (elephantoid fever) উপস্থিত করে। এই জ্বর অত্যন্ত ঘর্ষ দ্বারা বিরাম হয়।

মানব দেহে কৃমির লক্ষণ :—মানবদেহে কৃমি বর্তমানে সাধারণতঃ নিম্নলিখিত লক্ষণ প্রকাশ পায়। যথা—খিটখিটে স্বভাব, মলদ্বারে চুলকানি, নাক খোটা, নিদ্রাকালীন দাঁত কড়মড় করা; নিদ্রাভঙ্গ, নিদ্রিতাবস্থায় কথা বলা, লালার স্রাব, চক্ষু তারকার চতুর্দিকে নীলবর্ণ দাগ, কণীনিকার বিস্তার, মুখে ভল উঠা, অগ্নিমান্দ্য, অতিশয় ক্ষুধা বা অন্ন ক্ষুধা, কোষ্ঠকাঠিন্য বা উদরাময়, আত্মান, উদরের উপর চাপ দিলে বৃজ্বজ শব্দ (কৃমি বিকারের বিশেষ লক্ষণ); বিবমিষা, বমন, শিরঃপীড়া, শিরোগূর্ণন; জ্বর (অসম প্রকৃতির), প্রলাপ, আক্ষেপ, হিষ্টিরিয়া, মৃগীর জ্বায় ফিট, মূর্ছা, তাণ্ডব রোগ (chorea),

স্বরলোপ, স্বরভঙ্গ, দৃষ্টিহীনতা, টেরাদৃষ্টি, কণ্ঠনিদ্রা, বধিরতা, নাসিকা হইতে রক্তপাত, হৃৎকম্প, শুভ্র বর্ণের প্রস্রাব, প্রস্রাবে সাদা তলানি পড়া, রক্তাক্ততা, শীর্ণতা, পিত্তশূলের জ্বায় বেদনা (কৃমি সমূহ কমন বাইল ডাক্টের মুখে প্রবেশ করিলে), শ্বাসকষ্ট (স্বরবহ মধ্যে প্রবেশ জন্ত), কামলা—(পিত্তকোষের মুখে প্রবেশ জন্ত), ইত্যাদি।

পুরুষ অপেক্ষা মেয়ে লোক—বিশেষতঃ, শিশুগণ কৃমি রোগে বেশী আক্রান্ত হয়। সহর অপেক্ষা পাড়াগাঁয়ে এই রোগ বেশী দৃষ্ট হয়। ইহার কারণ প্রায়শঃ দূষিত জল খেজুড় গুড় ও কলা।

এ স্থলে একটি কৃমি বিকারের রোগীর বিবরণ উল্লেখ করিতেছি।

রোগিনী :—জনৈক ব্রাত্য কত্রিয়ার কন্যা। মেয়েটির বয়স ৪।৫ বৎসর। গত ৪ঠা বৈশাখ (১৩৩৭) এই মেয়েটির চিকিৎসার্থ আহৃত হই। সর্দা আইনের হিড়িকে মেয়েটির বিবাহ হইয়া গিয়াছে। ইহারা খুব দরিদ্র। এ অঞ্চলের গরীব লোকের সাধারণ খাদ্যের মধ্যে বাঁচি কলাই প্রধান তরকারী। ঐ মেয়েটি ২।৩ দিন সামান্ত জ্বর অবস্থায় ভাতের পরিবর্তে বাঁচি কলার তরকারী বেশ কিছু খাইয়াছিল। তিন দিনের দিন শেষ রাত্রিতে মেয়েটির মা মেয়েটির গায়ে হাত দিয়া দেখে যে, তাহার সমস্ত শরীর বরফবৎ ঠাণ্ডা। তারপর মেয়েকে ডাকিয়া কোন উত্তর না পাইয়া কাঁদিয়া উঠায়, বাড়ীর পুরুষগণ আসিয়া মেয়েটিকে ঐ অবস্থায় দেখিয়াই, আমাকে ডাকিতে পাঠায়।

আমি উপস্থিত হইয়া দেখি যে, একজন লোক জাতির বাট দ্বারা মেয়েটির দাঁত কিছু ফাঁক করিয়া ধরিয়াছে; গাত্র তাপ ৯৫ ডিগ্রী; সমস্ত শরীর বরফবৎ ঠাণ্ডা, চক্ষু তারকা বিহীন; চক্ষু অর্ধনিম্নলিত। পেট ফাঁপা, মনিষকে নাড়ী পাওয়া গেল না।

মেয়েটির উল্লিখিত অবস্থা—বিশেষতঃ, নাড়ী ও পেটের ঐ অবস্থা দৃষ্টে তৎক্ষণাৎ পিটুইডিল ১/৩ সি, সি,

ইঞ্জেক্সন করিলাম এবং অত্যাশ্চর্য লক্ষণদৃষ্টে হোমিও ঔষধ **ওপিয়াম ৩০** (opium 30) ১ ফোঁটা ২ মাত্রা করতঃ ৫।১০ মিনিট অন্তর খাইতে দিলাম।

প্রায় ২ ঘণ্টা পরে রোগিণীর চেতনা ফিরিয়া আসিল, পেটফাঁপা কমিয়া গেল, শরীর অপেক্ষাকৃত গরম হইল। এই সময় শুনিলাম যে, ২।৩ দিন মেয়েটির বাহু হয় নাই; সুতরাং অর্ধ আউন্স গ্লিসারিন সরলান্নে এনিমা দিলাম, ইহাতে দুর্গন্ধযুক্ত অল্প বাহু হইল। মেয়েটির জ্ঞান হইয়াছিল কিন্তু কোন প্রকার শব্দ করিতে বা ডাকিলে উত্তর দিতেছিল না। বৃকে খুব শ্লেষ্মা জমিয়া বৃকের মধ্যে ঘড়্ ঘড়্ শব্দ করিতেছিল। বহু দিনের ঘুত বৃকে মালিশ করতঃ, উহার উপরে আকন্দ গাছের পাতা রাখিয়া কাপড়ের টোপলা গরম করিয়া সেক দিতে বলিলাম। কিছুক্ষণ ঐ প্রকার করায় মেয়েটি সামান্য কাঁদিতে লাগিল, অতঃপর পথ্যার্থ তাহাকে বালি ব্যবস্থা করিয়া বিদায় হইলাম। আমি চলিয়া আসার ছই ঘণ্টা পরে, মেয়েটির পিতা ব্যস্ত হইয়া উপস্থিত হইয়া বলিল যে, মেয়েটি পুনরায় অজ্ঞান হইয়া গিয়াছে এবং মাঝে মাঝে তাহার সমস্ত শরীর ঝাঁকি দিয়া উঠিতেছে।

আমি তৎক্ষণাৎ গিয়া রোগিণীকে পুনরায় পরীক্ষা করিয়া দেখিলাম। দেখিলাম—উহার নাড়ীর অবস্থা মন্দ নহে, তবে কথঞ্চিৎ দুর্বল ও দ্রুত। উত্তাপ ৯৭ ডিগ্রী, পেট ফাঁপা নাই, চোয়ালও খুলিয়া গিয়াছে। কিন্তু কোন ঔষধ গিলিতে পারিতেছে না। অবস্থা দৃষ্টে চিন্তিত হইলাম। কারণ, ঔষধ না খাইতে পারিলে, কি উপায় করিব? বাহা হউক, তখন এক টুকরা তুলার উপর **সিনা ২০০**, (Cina 200) কয়েক ফোঁটা ঢালিয়া উহা নাকের নিকট ধরিলাম। পুনঃ পুনঃ এই প্রকারে ১ ঘণ্টা চেষ্টার পর, একটু জল উহার মুখে দিলাম, মেয়েটি উহা গিলিতে সমর্থ হইল। এতদৃষ্টে তখন ১০ মিনিট অন্তর **সিনা ২০০** (Cina 200) ১ ফোঁটায় ২ মাত্রা করিয়া ৪ বার খাইতে দিলাম। রোগিণী ঔষধ পথ্যাদি গলাধঃকরণ করিতে সমর্থ হইল, কিন্তু কিছুতেই কথা বলিতে পারিল না।

৩ই বৈশাখ—অল্প বাহুয়া দেখিলাম যে, মেয়েটির জর প্রায় ১০৪ ডিগ্রী, শ্বাসকষ্ট ও বৃকের মধ্যে শাই শুই শব্দ হইতেছে। বৃক পরীক্ষায় ব্রংকাইটিসের লক্ষণ পাওয়া গেল।

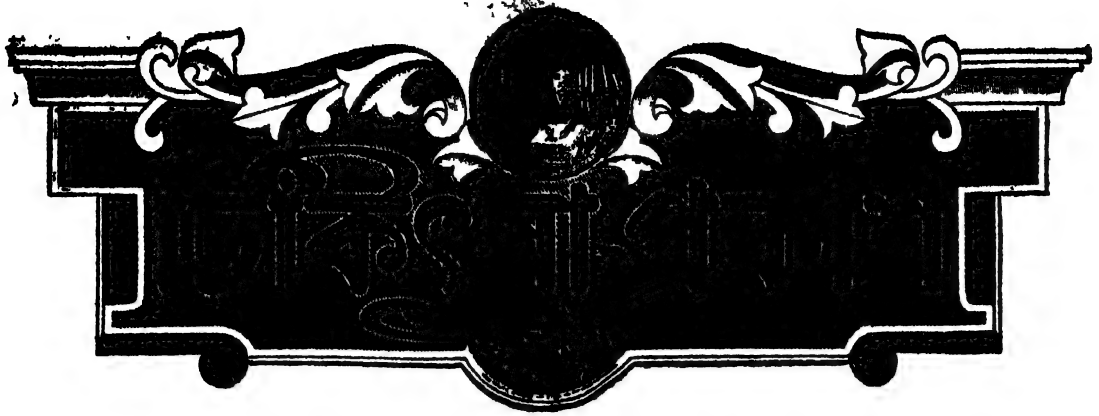
উল্লিখিত লক্ষণ দৃষ্টে মেয়েটির বৃকে এন্টিফ্রোজিস্টিন

প্রয়োগ করতঃ, তুলা দিয়া বাণ্ডেজ বান্ধিয়া দিলাম এবং ব্রঙ্কাইটিসের চিকিৎসা করিতে লাগিলাম। অবশ্য চিকিৎসা হোমিওপ্যাথি মতে হইতে লাগিল। মধ্যে মধ্যে অত্যাশ্চর্য ঔষধের সঙ্গে **সিনা** দিতে লাগিলাম। ৫।৬ দিন পরে মেয়েটির জর বিরাম হইল; বৃক পরিষ্কার হইল, বাহু নিয়মিত হইতেছিল, কিন্তু মেয়েটি কিছুতেই কথা বলিতে না পারায় আমি আবার মহা চিন্তায় পড়িলাম। কেন যে কথা বলিতে পারিতেছে না, তাহার কোন কারণ নির্ণয় করিতে পারিলাম না।

অতঃপর রোগিণীর আত্মীয়গণের নিকট হইতে অনেক জিজ্ঞাসাবাদ করিয়া জানিলাম যে, ১ মাস পূর্বে মেয়েটির সমস্ত মাথায় ক্ষত যুক্ত এক প্রকার চর্মরোগ হইয়াছিল এবং কোন দেশীয় ঔষধের প্রলেপ দিয়া উহা আরোগ্য হয়। এই কথাটা শুনিয়া যেন অন্ধকারে আলোকরশ্মি দেখিতে পাইলাম। অধিকাংশ স্থলে বাহ্যিক ক্ষত বা চর্মরোগ মলমাদি প্রয়োগে আরোগ্য করিলে, উহাদের বিষ শরীরের অভ্যন্তর প্রদেশে গিয়া বিবিধ বাহ্যিক বিকৃতি এবং অগ্নি রোগের সূচনা করে। ইহাই হোমিও-বিজ্ঞান। মেয়েটির মাথার চর্মরোগ মস্তিষ্কভাঙ্গুরে গিয়া মস্তিষ্ক বিকৃতি উৎপাদন করতঃ বাকরোধ করিয়াছে, তাহাই সিদ্ধান্ত করতঃ, ঐ চর্মরোগ পুনরায় প্রকাশ করণার্থ উহাকে ১ মাত্রা **সালফার ২০০ শক্তি**, প্রয়োগ করিলাম।

প্রায় ১২ ঘণ্টা পরে সংবাদ পাইলাম—মেয়েটি কথা বলিতে সক্ষম হইয়াছে ও তাহার মাথায় পূর্বলুপ্ত চর্মরোগ প্রকাশের লক্ষণ দেখা যাইতেছে। সালফার প্রয়োগে লুপ্ত চর্মরোগ পুনরায় প্রকাশ পাইয়া মেয়েটির কথা বলিবার শক্তি ফিরিয়া আসিল। সালফারের এই প্রকার শক্তি দেখিয়া আশ্চর্যান্বিত হইলাম। ইহাকে আর কোন ঔষধ দিতে হয় নাই। মেয়েটি অল্প পর্যাঙ্ক সুস্থ আছে।

অন্তব্য : এই রোগিণীর যে কুমিবিকার উপস্থিত হইয়াছিল—তাহাতে সন্দেহ নাই। এই সঙ্গে অত্যাশ্চর্য ব্যাধি ও তাহাকে আক্রমণ করিয়াছিল। এই মেয়েটির চিকিৎসায় এলোপ্যাথিক পিটুইটিন ইঞ্জেক্সনের সঙ্গে হোমিওপ্যাথিক ঔষধ প্রয়োগ করিয়াছিলাম, ইহাতে হয়ত অনেক গোড়া হোমিওপ্যাথ আবার উপর খড়্গা হস্ত হইয়া উঠিবেন। কিন্তু আমি গোড়ামী পরিত্যাগ করতঃ রোগ বিশেষে ইঞ্জেক্সন সহ হোমিও ঔষধ দিয়া অনেক সময় আশাতীত ফল লাভ করিতেছি।



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয় মাসিক পত্র ও সমালোচক

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল—আশ্বিন

৬ই সংখ্যা

৩শারদীয়া পূজা উপলক্ষে অবকাশ

চিরাচরিত ওপাঠসারে '৩শারদীয়া পূজা' উপলক্ষে আমরা আমাদের প্রিয় গ্রাহক অগ্রগ্রাহক, লেখক ও পাঠক মহোদয়গণের নিকট হইতে ২ সপ্তাহের অবকাশ গ্রহণ করিতেছি। আগামী ১২ই আশ্বিন সোমবার মহা সপ্তমীর দিন হইতে, ২৬শে আশ্বিন সোমবার পর্যন্ত চিকিৎসা-প্রকাশ কার্যালয় বন্ধ থাকিবে। অবকাশান্তে আবার আমরা গ্রাহকগণের সেবায় নিয়োজিত হইব।

পূজা উপলক্ষে চিকিৎসা-প্রকাশ কার্যালয় বন্ধ থাকিলেও, সাধারণের সুবিধার্থ আমাদের লণ্ডন মেডিক্যাল স্কোলের সকল বিভাগই খোলা থাকিবে।

বিনীত

ম্যানেজার—চিকিৎসা-প্রকাশ

বিবিধ

**উদরাগ্নান সহ অঙ্গশূলে ফলপ্রদ
ব্যবস্থা (Flatulence with Colic) :—**
উদরাগ্নান এবং তৎসহ উদর বেদনা বা অঙ্গশূলে নিম্নলিখিত
ব্যবস্থাটি ফলপ্রদ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে।

Re.

স্পিরিট ক্লোরোফর্ম ... ৪ ড্রাম।

স্পিরিট ক্যাম্ফর ... ১ ড্রাম।

স্পিরিট ল্যাভেণ্ডা কো: এড ২ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া জল সহ ৪ ড্রাম মাত্রায়
২০ মিনিট অন্তর সেব্য। ৩৪ মাত্রা সেবনেই উপকার হয়।

(The Medical Comrade P. M. August
1930. P. 174)

**শোথে ক্যালসিয়াম ক্লোরাইড
(Calcium Chloride in Ascites) :—**

Dr. L. Blum M. D. ও Dr. P. Carlier M. D.

লিখিয়াছেন—“শোথে—বিশেষতঃ, দিরোসিস অব দি

লিভার জনিত শোথে, ক্যালসিয়াম ক্লোরাইড অধিক মাত্রায়

প্রয়োগ করিলে, ইহা প্রবল মূত্রকারক ক্রিয়া প্রকাশ করিয়া

শীঘ্র শোথের উপশম করে। এতদর্থে প্রত্যাহ ১০—১৫ গ্রাম

প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(Press Medicale 1938, No 16, M. A.

1930. P. 87)

মাথার খুস্কি বা মন্ডামাস জনিত চুল উঠা (Alopecia due to dandruff):—অনেক সময় মাথায় খুস্কি হইয়া চুল উঠিতে থাকে, এইরূপ খুস্কি এবং তজনিত চুল উঠিয়া যাওয়া নিবারণার্থ নিম্নলিখিত ঔষধটী অতীব ফলপ্রসূ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে—

Re.

রেসরসিনোল ... ২০ গ্রেণ।

এসিড স্যালিসিলিক ... ১০ গ্রেণ।

লিকুইড আয়োডেন্স ... ২ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ড্রপারের দ্বারা মাথায় প্রয়োগ করতঃ, হস্ত বা ত্রাস দ্বারা ভালিয়া দিতে হইবে। ইহাতে শীঘ্রই মাথার খুস্কি ও চুল উঠা নিবারিত হয়।

(Tropical Theory No 43. P. 20, 1930)

স্থানিক প্রদাহ-ইক্‌থিওল (Ichthyol in local inflammation):—প্রাদাহিক ক্রীতি, সর্বপ্রকার স্থানিক প্রদাহ, ত্বকের উপরের সেপ্টিক বা বিবাক্ত অবস্থা ইত্যাদিতে ‘ইক্‌থিওল’ বাহ্যিক প্রয়োগে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। ইহাতে প্রদাহ, প্রদাহ জনিত ক্রীতি, চর্মের উপরের সেপ্টিক অবস্থা অতি সম্বর আরোগ্য হয়। ইহা স্থানিক পচন নিবারক ও ও বিস্রাক্ততা নাশক হইয়া ক্রিয়া প্রকাশ করিয়া থাকে। অনেক রোগী ইহার গন্ধ সহ্য করিতে পারে না। তাহাদের জন্য প্রতি আউন্স ‘ইক্‌থিওলের’ সহিত ২০ বিন্দু অয়েল অব ‘সিট্রোনেল’ মিশাইয়া লইলে ‘ইক্‌থিওলের’ দুর্গন্ধ আর থাকে না।

(International Journal of Surgery)

জন্মশাসন (Birth Control):—প্রাচীন ও পাশ্চাত্য চিকিৎসা বিজ্ঞানবিদ সুপ্রসিদ্ধ ডাঃ শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রকুমার দাশ এম.বি মহাশয় লিখিয়াছেন—

“বর্তমানে চিকিৎসা-প্রকাশের অনেক পাঠক গাঠিকা জন্মশাসনের সহজ এবং সরল পদ্ধতি ও ঔষধাবলী জানিবার জন্য বিশেষ আগ্রহ প্রকাশ করিয়া পত্রাদি লিখিয়া থাকেন; তাহাদের জ্ঞাতার্থে নব্বো কতিপয় শাস্ত্রীয় ঔষধের বিষয় উল্লিখিত হইল। এই ঔষধগুলি নিরাপদ ও সহজসাধ্য।

(১) ভাল সুপারী রোদ্রে উত্তমরূপে শুষ্ক করতঃ, তাহার সূক্ষ্ম চূর্ণ প্রস্তুত করিবে এবং পাংলা ছাকড়ার দ্বারা ছাকিয়া সুপরিষ্কৃত শিশিতে করিয়া রাখিবে! সহস্রাব্দে পূর্বে এই চূর্ণের কিঞ্চিৎ লইয়া যোনী অভ্যন্তরে প্রবেশ করাইয়া দিলে ইহাতে বীৰ্য্য মধ্যস্থ সময়স্থ শুক্রকীটাদির ধ্বংস হওয়ার গর্ভ উৎপত্তি হয় না।

(২) খেত আকন্দের মূল সিকিতোলা ও মেথি গাছের মূল সিকিতোলা, উভয়ে একত্রে উত্তমরূপে বাটীয়া দেবন করিলে রমণীদের গর্ভোৎপাদিকা শক্তি বিনষ্ট হয়।

(৩) আড়াইটি গোলমরিচ ও পান গাছের শিকড় এক তোলা পরিমাণ একত্রে বাটীয়া, ঋতু ঋনান্তে ৩ দিন খাইলে গর্ভ উৎপত্তির ভয় থাকে না।

(৪) বিড়ঙ্গ, পিপুল ও মোহাগার খই সমভাগে চূর্ণ করিয়া, ঋতুকালে দুই সহ সেবন করিলে গর্ভোৎপাদিকা শক্তি নষ্ট হয়।

(৫) মাসিক ঋতু শেষ হইবার পর, প্রতিমাসে ৫১ দিন প্রত্যহ দুইবারে ৪৫টি কুঁচ খাইলে গর্ভোৎপাদনের আশঙ্কা থাকে না।

(৬) খুব পুরাতন আকের গুড় ঋতু ঋনান্তে ৪৫ দিন সিকি তোলা হইতে অর্দ্ধ তোলা পর্য্যন্ত দুইবেলা খাইলে গর্ভ সঞ্চারের সম্ভাবনা থাকে না।

দগ্ধক্ষতের ঔষধ (Application for Burns):—আগুনে বা গরম তৈল কিম্বা গরম জল দগ্ধ ইত্যাদিতে কোনও স্থান পুড়িয়া গেলে অথবা

পুড়িয়া ক্ষত হইলে, তাহাতে নিম্নলিখিত ঔষধ প্রয়োগ করিলে উপকার পাওয়া যায়।

Re.

এসিড পিক্রিক ...	৭৫ গ্রেণ।
এলকোহল ...	২ আউন্স।
জল ...	১ পাইন্ট।

এলকোহলে পিক্রিক এসিড দ্রব করিয়া, অতঃপর উহাতে জল মিশাইয়া লোসন প্রস্তুত করিতে হইবে।

এই দ্রব দন্ধ বা দন্ধ-ক্ষেতে লাগাইলে অথবা ইহার দ্বারা দন্ধ স্থান ড্রেস করিলে অনতিবিলম্বেই অসহ্য যন্ত্রণা নিবারিত হয়। দন্ধ স্থানের বেদনা নিবারণ করিতে ইহা অপেক্ষা ভাল ঔষধ আর নাই।

দন্ধ-ক্ষেতে মাংসাক্তুর (granulation) হইতে আরম্ভ হইলে এই ঔষধ আর ব্যবহার করা কর্তব্য নহে।

(Practical medicine. ০৫.)

কোকেন বিষাক্ততার প্রতিষেধক (Antidote of Cocaine poison):—

কোকেন দ্বারা বিষাক্ত হইলে উগ্র কৃষ্ণ বর্ণের কফি পান করাইলে, অবসর স্বায়ু সমূহ উত্তেজিত হয় এবং হৃৎযন্ত্রের ক্রিয়াকে স্বাভাবিক অবস্থায় রাখে; আর কোনও উত্তেজক ঔষধের আবশ্যক হয় না।

(Practical medicine. ০৫)

পুরাতন সর্দি ও গলক্কেতে ফাউলার্স সলিউশন (Fowlers solution in Chronic Catarrh and sore-throat):— পুরাতন সর্দি ও গলক্কত রোগে সম্প্রতি আর্সেনিক বিশেষভাবে অনুমোদিত হইয়াছে। এতদ্বারা “ফাউলার্স সলিউশন” (লাইকার আর্সেনিকেলিস) ২—৫ বিন্দু মাত্রায় কয়েক সপ্তাহ পর্যন্ত সেবন করাইলে আশাতীত উপকার পাওয়া যায়।

(Medical world, ০৫)



ডিফ্‌থেরিয়া—Diphtheria.

লেখক—ডাঃ এ, কে, এম, আব্দুল ওয়াহেদ B. Sc. M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন—প্রেসিডেন্সী জেনারেল হস্পিট্যাল

কলিকাতা।

এসিষ্ট্যান্ট সার্জেন—নেত্রকোণা হস্পিট্যাল ; ময়মনসিংহ

‘ডিফ্‌থেরিয়া’ একপ্রকার জীবাণু সত্ত্ব সাংঘাতিক সংক্রামক ব্যাধি। ডিফ্‌থেরিয়ার সহিত আমাদের প্রকৃত পরিচয় শতবৎসরের বেশী নহে। ইতিপূর্বে বিভিন্ন চিকিৎসক কতৃক ইহা বিভিন্ন নামে অভিহিত এবং ইহার উৎপাদক কারণও বিভিন্নরূপে নির্দিষ্ট হইত। কেহ কেহ ইহাকে ইজিপ্‌সিয়ান আলসার (Egyptian ulcer); ক্রুপ (Croup); মর্বাস সাফোকেন (Morbus Suffocans); ইত্যাদি নামে অভিহিত করিতেন। অষ্টাদশ শতাব্দীতে আমেরিকার সুবিখ্যাত ওয়াশিংটন এই পীড়ায় মৃত্যুমুখে পতিত হইয়াছিলেন। ১৮২৫ খৃঃ অব্দে সুপ্রসিদ্ধ ফ্রেঞ্চ চিকিৎসক Dr. Bretonneau ইহাকে “ডিফ্‌থেরিয়া” নামে অভিহিত করিয়া, ইহা যে এক প্রকার বিশিষ্ট ব্যাধি, তদসম্বন্ধে অনেক বিষয় প্রকাশ করেন। গ্রীক ভাষা হইতে “ডিফ্‌থেরিয়া” নামটী গৃহীত হইয়াছে। গ্রীক ভাষায় “ডিফ্‌থেরিয়া” শব্দের অর্থ—মেম্ব্রেন (membrane) বা পর্দা বা ঝিল্লী।

ডিফ্‌থেরিয়া পীড়ায়, ইহার উৎপাদক জীবাণুর আক্রমণ হুলে রসনিস্থ হইয়া একটা কৃত্রিম ঝিল্লীর (false membrane) সৃষ্টি হয়। এই কৃত্রিম ঝিল্লীকে

ডিফ্‌থেরিটিক প্যাচ (Diphtheritic patches) বলে।

ডিফ্‌থেরিয়ার উৎপাদক জীবাণু (Diphtheria Bacillus) ২—ডিফ্‌থেরিয়ার উৎপাদক জীবাণুকে ‘ক্লেব্‌স-লোফ্‌লার’ ব্যাসিলাস (Klebs-Loeffler bacillus) বলে। ১৮৮৩ খৃঃ অব্দে ডাঃ ক্লেব্‌স (Dr. Klebs) * ডিফ্‌থেরিয়া রোগীর খোঁটের কৃত্রিম ঝিল্লী হইতে এই জীবাণু আবিষ্কার করতঃ এতদসম্বন্ধে অনেক বিষয় প্রকাশ করেন। ইহার এক বৎসর পরে (১৮৮৪ খৃঃ অব্দে) ডাক্তার লোফ্‌লার †, Dr. Loeffler) উক্ত জীবাণু সম্বন্ধে অনেক অভিনব তত্ত্ব আবিষ্কার করেন। কিন্তু প্রথমতঃ ইনিও এই জীবাণু সম্বন্ধে সকল সমস্ত্রার সমাধানে সক্ষম হন নাই। ক্রমশঃ অসীম অধ্যবসায় ও আত্মসন্ধিৎসা এবং পরীক্ষার ফলে ডাঃ লোফ্‌লার জীবাণুর ক্রিয়া, রোগোৎপাদন প্রণালী, জীবন ধারণ, আকৃতি-প্রকৃতি, প্রভৃতি বহু তথ্য উদ্ঘাটন করিয়া

* in Verhandl. d. ii. Kong. f. innere, Med, 1883.

† in Mitth. a. d. k. Gesndtsamte, 1884.

চিকিৎসা জগতে প্রচার করেন †। ফলতঃ, ডাঃ ক্রেবস এবং ডাঃ লোফলার কর্তৃকই ডিফ্‌থেরিয়া পীড়ার এবং ইহার উৎপাদক জীবাণুর প্রকৃত তথ্য আবিষ্কৃত হইয়াছে। এই কারণেই ডিফ্‌থেরিয়ার জীবাণুকে “ক্রেবস-লোফলার ব্যাসিলাস” নামে অভিহিত করা হয়।

ডিফ্‌থেরিয়া ব্যাসিলাস হইতে যে একপ্রকার বিষপদার্থ (Toxin) নিঃসৃত হয়, ১৮৮৮ খৃঃ অব্দে ডাঃ রোয় ও ডাঃ ইয়ারসিন (Dr. Roux and Dr. Yersin) তাহা আবিষ্কার করেন §। জার্মানির সুবিখ্যাত জীবাণুতত্ত্ববিদ পণ্ডিত ডাঃ ভর্ন বেরিং (Von Behring) ১৮৯০ খৃঃ অব্দে ডিফ্‌থেরিয়া-জীবাণুজ বিষের প্রতিষেধক এন্টিটক্সিন (Antitoxin) আবিষ্কার এবং ভিয়েনার সুবিখ্যাত Dr. Schick এই এন্টিটক্সিনের কার্যকারিতা সম্বন্ধে বিবিধ পরীক্ষা করতঃ উহার ফলাফল প্রকাশ করেন।

জীবানু র পরিচয় ও কার্য প্রণালী :-
ক্রেবস-লোফলার ব্যাসিলি দেখিতে গদাাকৃতি বিশিষ্ট। ডিফ্‌থেরিয়া রোগে আক্রান্ত রোগীর নাসিকা ও গলদেশের অভ্যন্তর ভাগ-নিঃসৃত শ্লেষ্মা, আক্রান্ত স্থলে উৎপন্ন ঝিল্লী, ইহাদের দ্বারা দূষিত ক্ষত, কাণের পুঁজ ও ভালভা নিঃসৃত রস হইতে এই জীবাণু উদ্ধার করা যাইতে পারে। আরোগ্যশীল রোগীর গলদেশের অভ্যন্তরে এই জীবাণু সাধারণতঃ চার পাঁচ সপ্তাহ বিদ্যমান থাকে; আবার কোন কোন স্থলে সুস্থ শোণীতেও বহু দিন ধরিয়া ইহার বিরাজ করিতে থাকে। কোন কোন সুস্থ ব্যক্তি এই রোগে আক্রান্ত না হইয়াও, তাহাদের গলদেশ ও নাসিকার অভ্যন্তরস্থ ঝিল্লীতে ইহাদিগকে বহন করিয়া থাকে এবং জনসাধারণের মধ্যে এই জীবাণু বিস্তার করিয়া সংক্রামকের প্রসার সাধন করে। এই সকল ব্যক্তিকে

“ডিফ্‌থেরিয়া ক্যারিয়ার” (Diphtheria Carriers) বলে। রোগী বা ঐ সকল রোগজীবাণুবাহী সুস্থ ব্যক্তি বালকবালিকাকে চুষন করিয়া, অথবা কথাবার্তা কহিবার, হাঁচিবার ও কাশিবার কালে উহাদের মুখ নির্গত শ্লেষ্মার ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কণা চতুর্দিকে বিস্তার করিয়া রোগ সংক্রামণে সহায়তা করে। এতদ্ব্যতীত রোগীর ব্যবহৃত বাসন, তোয়ালে, পেরালা, রুমাল, ইত্যাদি দ্বারা রোগজীবাণু সুস্থ ব্যক্তিদের মধ্যে সঞ্চারিত হয়। বিগুজ বায়ু ও রৌদ্রের আলোক হইতে রক্ষা পাইলে, এই জীবাণুগুলি দেহের বাহিরে বহুদিন ধরিয়া জীবিত ও বীৰ্যবান অবস্থায় বিদ্যমান থাকিতে পারে। হৃৎ ও জলে এই জীবাণুগুলি জীবিত থাকিতে ও বৃদ্ধি পাইতে পারে।

ডিফ্‌থেরিয়ার আক্রমণকাল ও অবস্থা :-হেমন্ত ও শীতকালে ডিফ্‌থেরিয়া রোগের সমধিক প্রাদুর্ভাব হয়। ছয়মাস হইতে আট বৎসর বয়স্ক বালকবালিকাদিগের মধ্যে ইহার আক্রমণ সর্বাধিক দেখা যায়। সত্ত্বজাত শিশুদিগের ডিফ্‌থেরিয়া হইতে প্রায় দেখা যায় না। বয়স্ক ব্যক্তিরও ডিফ্‌থেরিয়াতে আক্রান্ত হইয়া থাকে এবং সময়ান্তরে উহাদের আক্রমণ শক্ত হইয়া দাঁড়ায়। গলদেশের অভ্যন্তরস্থ শ্লেষ্মিক ঝিল্লী প্রদাহান্বিত হইলে; কিম্বা রোগী হামজ্বর, হৃপিংকফ ও ইনফ্লুয়েঞ্জা হইতে আরোগ্যলাভ করিতে থাকিলে, ডিফ্‌থেরিয়া-জীবাণু আক্রমণ করিবার বিশেষ সুবিধা পায়। ডিফ্‌থেরিয়া রোগ একবার আক্রমণ করিলে পুনরাক্রমণ অসাধারণ নহে।

ডিফ্‌থেরিটিক ঝিল্লী (Diphtheritic membrane) :-ডিফ্‌থেরিয়া-জীবাণুর আক্রমণের ফলে, আক্রান্ত স্থলে এক প্রকার পর্দা বা ঝিল্লীর সৃষ্টি হয়। ইহাকে “ডিফ্‌থেরিটিক ঝিল্লী বলে”। এইরূপে টনসিল পিলার অব ফসেস, সফট প্যালেট, ফ্যারিংস, এপিগ্লটিস, ল্যাংগুইস, ট্রেকিয়া ও ব্রঙ্কাইয়ের উপর এইরূপ কৃত্রিম ঝিল্লীর সৃষ্টি হইতে পারে। কখনও কখনও চক্ষুর কঙ্কাকটীভা নামক স্থরের উপর এবং কখন কখনও জ্বীলোকের ঘোনির

† in Centralbl. f. Bakteriologie 1887, 1830

§ in Ann. de l'Inst. Pasteur 1888, 1889

ভালভার উপর ঝিল্লী উৎপন্ন হইতে পারে। মুখগহ্বর, জিহ্বা এবং ওষ্ঠে কৃত্রিম ঝিল্লীর আবির্ভাব হওয়া বিরল। নিউমোকক্কাই, ট্রেপ্টোকক্কাই, ই্যাকাইলোকক্কাই, ডিনসেপ্টস ব্যাসিলাসও কৃত্রিম ঝিল্লী উৎপাদন করিতে পারে, ইহা স্মরণ রাখা কর্তব্য।

জীবাণুজ বিষের ক্রিয়া ফল :

ডিফথেরিয়া ব্যাসিলাস হইতে একপ্রকার বিষপদার্থ (toxin) সৃষ্টি হয়। এই বিষের ফলে হৃদপিণ্ডের মাংসপেশীর মধ্যে চর্শ্বের কণা সঞ্চারিত হইয়া, উহাকে অস্বাভাবিক দুর্বল করিয়া ফেলে। এই বিষের ক্রিয়া ফলে মূত্রগ্রন্থির বিভিন্ন অংশ প্রদাহাশ্রিত হয় এবং মূত্রে এলবুমেন নির্গত হইতে থাকে। দেহের প্রান্তভাগে অবস্থিত স্নায়ুসমূহের অনিষ্টসাধন হেতু দেহের বিভিন্ন অংশের মাংসপেশীর পক্ষাঘাত সংঘটিত হইয়া থাকে।

গুণ্ডাবস্থা :—রোগজীবাণু দেহান্তর্গত হইবার পর হইতে রোগলক্ষণ প্রকাশ পাওয়া পর্যন্ত অবস্থাকে গুণ্ডাবস্থা বলে। ইহার গুণ্ডাবস্থা ২০ দিন দৃষ্ট হয়।

লক্ষণাবলী ও শ্রেণীবিভাগ :—রোগ-জীবাণুর আক্রমণস্থলের পার্থক্যানুসারে লক্ষণাবলীরও কতকটা তারতম্য ঘটে বলিয়া, এই রোগকে নিম্নলিখিত কয়েক শ্রেণীতে বিভক্ত করা হইয়াছে।

- (১) ফেসিয়াল ডিফথেরিয়া (Facial diphtheria) ;
- (২) ল্যারিংজিয়াল ডিফথেরিয়া (Laryngeal diphtheria) ;
- (৩) ন্যাজাল ডিফথেরিয়া (Nasal diphtheria) ;
- (৪) কন্জাক্টিভাল ডিফথেরিয়া (Conjunctival diphtheria) ;
- (৫) জননেঞ্জিয়ের ডিফথেরিয়া (Diphtheria on the genital organs) ;

(৬) চর্মস্থ ক্ষতে ডিফথেরিয়া (Wound diphtheria) ;

যথাক্রমে ইহাদের বিষয় বলা যাইতেছে।

(১) ফেসিয়াল ডিফথেরিয়া

Facial Diphtheria.

সাধারণ লক্ষণ :—সাধারণ দৈহিক অবস্থি, মস্তকে যন্ত্রণা, আহারে অনিচ্ছা, গলদেশের অভ্যন্তরভাগে প্রদাহ (Sore-throat) এবং কদাচ বম্বা ও কম্পন সহযোগে রোগের সূত্রপাত হয়। কোন কোন বালকবালিকাদিগের এই সমুদয় লক্ষণ প্রকাশ না হইয়া, অতি মৃদুগতিতে রোগের সূত্রপাত এবং রোগের প্রথম চিহ্নরূপ কৃত্রিম ঝিল্লী দৃষ্টিগোচর হয়।

প্রকারভেদ (Varities) :—জীবাণু সংক্রমণের এবং লক্ষণাদির তারতম্য অনুসারে ফেসিয়াল ডিফথেরিয়াকে নিম্নলিখিত কয়েক শ্রেণীতে বিভক্ত করা হয়। যথা—

- (ক) মৃদু শ্রেণীর পীড়া (Mild type) ;
- (খ) সাংঘাতিক শ্রেণীর পীড়া (Sever type) ;
- (গ) সেপ্টিক টাইপ (Septic type) ;
- (ঘ) হিমোরাজিক বা রক্তস্রাবিক শ্রেণী (Hæmorrhagic type) ;

যথাক্রমে ইহাদের বিষয় বলা যাইতেছে।

(ক) মৃদু শ্রেণীর ডিফথেরিয়া :—অতি মৃদু আক্রমণে গলদেশের অভ্যন্তরভাগে কেবলমাত্র প্রদাহ দেখা দিতে পারে। এরূপস্থলে ব্যাক্টেরিালজিক্যাল পরীক্ষা ব্যতিরেকে রোগের স্বরূপ নির্ণয় করিবার কোন উপায় থাকে না। সাধারণতঃ মৃদু আক্রমণে এক বা উভয় টনসিলের উপর ক্ষুদ্রাকার কৃত্রিম ঝিল্লী আবির্ভূত হয়। এইরূপ যেষ্ট্রণকে আমরা চলিত কথায় “প্যাচ” বা টুকরা অর্থাৎ ঝিল্লীর টুকরা বলিয়া থাকি। কোন কোন স্থলে পিলার অথবা ইউভিউলা অথবা সফট প্যালেটের উপরও প্যাচ দৃষ্ট

হয়। কখন কখনও অতি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বহু প্যাচ টন্সিলের উপর প্রকাশিত হইয়া, ফলিকিউলার টন্সিলের অল্পরূপ অবস্থার সৃষ্টি করে; কিন্তু অতি সঘনাই উক্ত প্যাচগুলি একত্র মিলিত হইয়া একটা বড় মেম্ব্রেনের সৃষ্টি করে। কেবলমাত্র একটা টন্সিলের উপর মেম্ব্রেন দেখা দিলে ডিফথেরিয়া সন্দেহ করা উচিত। মুহু আক্রমণে সামান্য জ্বর; চোখালের অস্থির কোণের নিকট (angle of mandible) গ্রন্থির প্রদাহ দেখা যায়। মুত্রে এলবুমিন বিদ্যমান না থাকিতেও পারে। মেম্ব্রেন বা কৃত্রিম ঝিল্লীর নির্দিষ্ট প্রান্ত থাকে; সাধারণ শৈথিল্য ঝিল্লী অপেক্ষা উহার উপরিতল ঈষদ্রুত এবং উহার বর্ণ ধূসরাভাযুক্ত স্বৈতবর্ণ। রোগের প্রারম্ভে মেম্ব্রেন বিনা রক্তপাতে স্বস্থানচ্যুত করা যায়। কিন্তু পরবর্ত্তীকালে মেম্ব্রেনকে স্বস্থানচ্যুত করিতে গেলে রক্ত ঝরিয়া থাকে।

(খ) সাংঘাতিক শ্রেণীর ডিফথেরিয়া :

কঠিন আক্রমণে গলদেশের সমগ্র অভ্যন্তর ভাগ, নাসিকা ও উহার পশ্চাভাগ, ল্যারিংস প্রভৃতি একযোগে অথবা ক্রমে ক্রমে আক্রান্ত হয়। বালকবালিকাদিগের সামান্য আক্রমণ অতি দ্রুত কঠিন আকার ধারণ করে। সাংঘাতিক আক্রমণে মেম্ব্রেন পুরু, শক্ত এবং দৃঢ়ভাবে সংশ্লিষ্ট থাকে; ফসেস হইতে আরম্ভ করিয়া ইহা ক্রমশঃ সফট প্যালেট ফ্যারিংস, ট্রাজে-ফ্যারিংস ও এপিগ্লটিস এবং ল্যারিংসে প্রসারলাভ করে। গলদেশের গ্রন্থিসমূহ ক্ষীত ও বেদনায়ুক্ত হইয়া উঠে এবং গ্রন্থির চতুষ্পাশ্বস্থ টীণ্ডসমূহ প্রদাহাশ্রিত হয়। ইহার নিমিত্ত গলদেশ পরিবেষ্টন করিয়া অধঃস্থাতিক টীণ্ড প্রদাহাশ্রিত এবং ক্রমশঃ পচনশীল হইয়া উঠে; এইরূপ অধঃস্থাতিক প্রদাহযুক্ত স্থলের চর্ম পাতলা ও বিবর্ণ হইয়া উঠে। নাসিকা ও উপরোষ্ঠের চর্মের উপরস্থ স্তর ক্ষয় এবং নাসিকা হইতে রক্ত রঞ্জিত স্লেয়া নিঃসৃত হইতে থাকে। ঢোক গেলা বা কিছু গলাধঃকরণ করা কষ্টদায়ক হইয়া পড়ে; নাসিকা রুদ্ধ হওয়াতে উহার ভিতর দিয়া শ্বাসপ্রশ্বাস পরিত্যাগ কর কষ্টকর হয়। নিশ্বাস অতিশয় দুর্গন্ধযুক্ত হইয়া পড়ে।

রোগী অস্থির ও নিদ্রাহীন এবং মুখের চেহারা ক্ষীত বলিয়া বোধ হয়। মুত্রের পরিমাণ কমিয়া যায় এবং উহাতে প্রচুর পরিমাণে এলবুমিন নিঃসৃত হয়। রোগীর অবস্থা একপ কঠিন হওয়া সত্ত্বেও, জ্বরের আদিক্য দেখা যায় না; অনেক সময়ে অতি সাংঘাতিক আক্রমণে উত্তাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা কম (সাবনর্ম্যাল টেম্পারেচার) দৃষ্ট হয়।

(গ) সেপ্টিক শ্রেণীর ডিফথেরিয়া :—

সাংঘাতিক আক্রমণে অনেকস্থলে মেম্ব্রেন বিবর্ণ ও চূর্ণীকৃত হইয়া যায় এবং আক্রান্তস্থলে ক্ষীতি ও পচনযুক্ত ঘায়ের আবির্ভাব হয়। এইরূপ হইলে উহাকে “সেপ্টিক ডিফথেরিয়া” বলে। এইরূপ শ্রেণীর পীড়ায় সন্নিহিত লিম্ফাটিকসমূহ প্রদাহাশ্রিত এবং উহাদের পারিপার্শ্বিক টীণ্ডসমূহও প্রদাহাশ্রিত এমন—কি, পূঁজে পরিপূর্ণ হইয়া উঠিতে পারে। দেহের বিভিন্ন অংশ লোহিতাভ অথবা দেহে হামজরের ছায় রাস বা ইরাপ্‌মান নির্গত হয়। ইহাতে দৈহিক লক্ষণাবলীও কঠিন আকার ধারণ করে। প্রচুর পরিমাণে ডিফথেরিয়া এন্টিটক্সিন প্রয়োগ সত্ত্বেও রোগীর ভবিষ্যৎ মঙ্গলজনক বোধ হয় না। কারণ, ট্রেপটোককাস প্রভৃতি বিভিন্ন প্রকারের জীবাণু দ্বারা এইরূপ সেপ্টিক অবস্থার সৃষ্টি হয়। কিন্তু উহারা ডিফথেরিয়া এন্টিটক্সিন দ্বারা বিন্দুমাত্রও দমিত হয় না।

(ঘ) রক্তশ্রাবিক ডিফথেরিয়া :—

সাংঘাতিক আক্রমণে মেম্ব্রেনের কিনারা হইতে এবং নাসিকা হইতে রক্ত ঝরিয়া থাকে; ইহা অস্বাভাবিক ঘটনা নহে। কিন্তু কোন কোন ক্ষেত্রে সাংঘাতিক আক্রমণের ফলে দেহের বিভিন্ন স্থলে রক্তপাতের চিহ্ন দৃষ্ট হয়। পাকস্থলী ও অন্ত্রের পাত হয়; কিন্তু মুত্রের সহিত রক্তপাত হইতে দেখা গিয়াছে বলিয়া শুনা যায় নাই। যেখানে ইঞ্জেকসন দেওয়ার নিমিত্ত চর্মে নিডল বিদ্ধ করা হয়, সেই স্থানিক প্রবেশের পথে রক্তপাত হয়। চর্মের

বিভিন্ন স্থলে ‘কালশিরা’ (Bruise) পড়িয়া রক্তপাত হইয়াছে বলিয়া প্রমাণ করিয়া দেয়। চক্ষের কঙ্কাকটাতা নামক স্তর রক্ত রঞ্জিত হইয়া উঠে। ঘাড়, বক্ষে, পেটে এবং পৃষ্ঠে অতি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অণুত্বাচিক রক্তপাত (Petichæ) হওয়া কুলক্ষণ। এই শ্রেণীর রক্তপাত সংযুক্ত ডিম্বেরিয়াকে “হেমোরজিক ডিম্বেরিয়া” বলে।

ফেসিয়াল ডিম্বেরিয়ার লক্ষণাবলী

সাংঘাতিক আক্রমণে রোগের প্রারম্ভ হইতে রক্তের চাপ ক্রমাগত কম এবং হৃদপিণ্ডের ধ্বনি ক্রমশঃ ক্ষীণ হইতে থাকে। নাড়ী হ্রস্বল, অনিয়মিত এবং পরিশেষে অদৃশ্য হয়। শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রান্ত ও অগভীর হইতে থাকে। আক্রমণের সূত্রপাত হইতে এক সপ্তাহের মধ্যে মৃত্যু ঘটিতে পারে। মৃত্যুর পূর্বে রোগীর বমন হইতে পারে। ব্রুকোনিউমোনিয়াও মৃত্যুর পূর্বে জড়িত হইয়া থাকে; কিন্তু দৈহিক পরীক্ষা দ্বারা উহার নির্ণয় করা সর্বদা সম্ভব হয় না। অনেক সময়ে এন্টিটক্সিন প্রয়োগের ফলে মেথ্রেন তদৃশ্য হয় এবং আক্রান্ত স্থানের প্রদাহ উপশমিত হয় বটে, কিন্তু হৃদপিণ্ডের দৌর্বল্যবশতঃ দ্বিতীয় সপ্তাহে মৃত্যু ঘটিতে পারে। যাহারা মৃত্যুর কবল হইতে রক্ষা পায়, তাহাদের দেহে বিস্তৃত পক্ষাঘাত আবির্ভূত হয়।

(২) ল্যারিজিয়াল ডিম্বেরিয়া (Laryngeal diphtheria)

ল্যারিংস প্রাথমিকভাবে আক্রান্ত হইতে অথবা ফেসিয়াল ডিম্বেরিয়া প্রসারলাভ করিয়া গোণভাবে ইহাকে আক্রমণ করিতে পারে। চারি বৎসর বয়স্ক পর্য্যন্ত বালকবালিকাদিগেরই মধ্যে ইহার অধিক প্রাদুর্ভাব দেখা যায়। স্বরযন্ত্রের প্রদাহযুক্ত রোগীর টনসিল বা ফসেসের উপর অতি ক্ষুদ্র মেথ্রেন বিद्यমান থাকিলে ডিম্বেরিয়া সন্দেহ করা উচিত এবং জীবাণুবিক্তিত তুলিকা দ্বারা ফ্যারিংস ও ও ল্যারিংস উভয় স্থলের মেথ্রেনের উপরিস্থ রসাদি লইয়া

ব্যাট্টেলজিক্যাল পরীক্ষা দ্বারা ক্রেবস-লোফলার ব্যাসিলি উদ্ধার সাধন করিয়া রোগের প্রকৃতি নির্ণয় করা উচিত।

এই শ্রেণীর পীড়ায় স্বরভঙ্গ, “ক্লপ” সহযুক্ত কাশি বা স্বরযন্ত্রের আক্ষেপবশতঃ অথবা মেথ্রেন দ্বারা স্বরযন্ত্রের ছিদ্র অবরুদ্ধ হওয়াতে ফুসফুসে বায়ু প্রবেশের বিঘ্ন ঘটায়।

ইহাতে বক্ষঃ-প্রাচীরের নিম্নভাগের পশ্চাদগমন (Recession of chest wall) চলিত কথায় পঞ্জরাস্থি সমূহের “কৌকভাক্সা” বা কুকিবাৎ হওয়া (Sucking in of ribs) ইত্যাদি লক্ষণসমূহ প্রকাশ পায়। শ্বাসকষ্টের সময় রোগী উত্তেজিত, ঘর্ম্মাক্ত কলেবর ও বিবর্ণ হয়; কাশির ধ্বনি উচ্চ ও ক্লপযুক্ত হইয়া থাকে। শ্বাসকষ্টের ঝোক অতিক্রান্ত হইলে রোগী ক্লান্ত হইয়া ঘুমাইয়া পড়ে। রোগের প্রারম্ভে এইরূপ শ্বাসকষ্টের ঝোক রাত্রিতেই দেখা দেয়; ক্রমশঃ ইহার ঘন ঘন পুনরাবির্ভাব ঘটে এবং দীর্ঘ স্থায়ী হইতে থাকে। পরে শ্বাসযন্ত্রে মেথ্রেন উৎপন্ন হইয়া স্থায়ী বাধার সৃষ্টি হইলে অনবরত শ্বাসকষ্ট হইতে থাকে। শ্বাসপ্রশ্বাসের প্রতিচেষ্টাতে ঠ্যারনাম (বুক্কাহি) ও বুক্কের নিম্নস্থ রিব্‌সমূহ (পঞ্জরাস্থি) অসাধারণরূপে পশ্চাদগমন করে। এই সময়ে রোগীর চেহারা নীলাভ ধারণ করে এবং শ্বাসরোধের ফলে মৃত্যু হয়। ইহাতে স্বরযন্ত্র হইতে মেথ্রেন উৎপন্ন হইয়া ক্রমশঃ উহা ট্রেকিয়া ব্রকাই প্রভৃতিতে বিস্তার লাভ করে। কাশির ঝোঁকের সঙ্গে কখন কখন স্বরযন্ত্র, ট্রেকিয়া ও ব্রকাই হইতে মেথ্রেন উৎক্ষিপ্ত হইয়া আইসে।

ল্যারিজিয়াল ডিম্বেরিয়া কয়েক দিনের মধ্যেই প্রায় মারাত্মক হয়; ক্ষুদ্র শিশুরা ২৪ ঘণ্টার মধ্যে মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারে। সূচিকিৎসা হইলে রোগীর আরোগ্য লাভ অসম্ভব হয় না। ট্রেকিওটমি করিবার পরও শ্বাসকষ্টের লাঘব না হইলে, ট্রেকিয়া ও ব্রকাইয়ের মধ্যে মেথ্রেন বিद्यমান থাকিয়া শ্বাসপ্রশ্বাসে বাধা দিতেছে, মনে করিতে হইবে। ট্রেকিয়া ও ব্রকাইয়ে মেথ্রেন থাকিলে যে শ্বাসকষ্ট জন্মায়, তাহাতে রোগী সজোরে শ্বাসপ্রশ্বাস লইতে বাধ্য হয়; কিন্তু ব্রুকিওল ও

তদপেক্ষা ক্ষুদ্রতর খাসনলী যেধেন দ্বারা রুদ্ধ হইলে, যে খাসকষ্ট জন্মে; তাহাতে রোগী অপেক্ষাকৃত দীর্ঘভাবে খাসপ্রশ্বাস ত্যাগ করে।

(৩) শ্রাজাল ডিফ্‌থেরিয়া (Nasal Diphtheria)

শুধু নাসিকার অভ্যন্তর ভাগ ডিফ্‌থেরিয়াতে আক্রান্ত হইলে তাহাকে “শ্রাজাল ডিফ্‌থেরিয়া” বলে। ইহাতে নাসিকার মধ্যস্থ অস্থির আবরক ঝিল্লীতে মেম্ব্রেনের আবির্ভাব হয়। অনেক সময় এই প্রকার ডিফ্‌থেরিয়ার আক্রমণ পুরাতন সর্দীর (Chronic rhinitis) আকার ধারণ করে। মেম্ব্রেনের অবিদ্যমানতায় নাসিকা-নিঃসৃত স্লেমাতে ক্রেব্‌স-লোফ্‌লার জীবাণু বর্তমান থাকে। এই শ্রেণীর আক্রমণ সাধারণতঃ মৃদুভাবে প্রকাশ পায়। কিন্তু নাসিকা ও উহার পশ্চাত্তাগ আক্রান্ত হইলে রোগ অনেকটা কঠিন হইয়া দাঁড়ায়। নাসিকা হইতে, উহার সহিত সংযুক্ত মস্তকের খুলিতে অবস্থিত বিভিন্ন বায়ুপ্রকোষ্ঠ (air sinus) আক্রান্ত হইতে পারে; ইহা মনে রাখা কর্তব্য।

(৪) কঙ্কাকটিভাল ডিফ্‌থেরিয়া (Conjunctival Diphtheria)

রোগ-জীবাণু কোন প্রকারে চক্ষুতে নীত হইয়া অথবা নাসিকার ডিফ্‌থেরিয়া প্রসার লাভ করিয়া কঙ্কাকটিভাল আক্রান্ত হইতে পারে। ইহাতে চক্ষুর অক্ষিপর্লবের অভ্যন্তরস্থ গাত্রে মেম্ব্রেনের সৃষ্টি হয়। এই শ্রেণীর আক্রমণ সাংঘাতিক হইলে কঙ্কাকটিভাল বিষম ভাবে প্রদাহাবৃত হয়; এবং ক্রমে কর্ণিয়াতে পচন আরম্ভ হইয়া চক্ষু নষ্ট হইতে পারে।

(৫) জননেন্দ্রিয়ের ডিফ্‌থেরিয়া (Diphtheria on the genital organs)

স্বাধীনভাবে অথবা ফেগিয়াল ডিফ্‌থেরিয়ার উপসর্গরূপে জননেন্দ্রিয়ে ডিফ্‌থেরিয়ার আক্রমণ হইতে দেখা যায়। এই

আক্রমণের স্বরূপাত বীরে বীরে হয়। স্ত্রীলোকের যোনি প্রদেশস্থ লেবিয়ার অভ্যন্তরস্থ গাত্রে পচা টীণ্ড বা প্লাফের দ্বায় মেম্ব্রেন দৃষ্ট হয়। এখান হইতে যোনির (ভ্যাজাইনা) মধ্যে মেম্ব্রেন অগ্রসর হইতে পারে। ইহাতে কুঁচকীর গ্রন্থিসমূহ বর্দ্ধিতায়তন ও বেদনায়ুক্ত হইয়া উঠে। এইরূপ আক্রমণের ফলে দৈহিক অত্যন্ত লক্ষণ সমূহ কতকটা কঠিন হইয়া দাঁড়ায়। প্রসবাস্তে স্ত্রীলোকদিগের এই প্রকারে ডিফ্‌থেরিয়াতে আক্রান্ত হওয়া অসাধারণ নহে। এই প্রকার আক্রমণের সহিতইরিসিপেলাস ও গণোরিয়ার জ্বল হওয়া সম্ভবপর।

পুরুষের লিঙ্গ-গুণ্ডাবরক ডকের (Prepuce) অভ্যন্তরস্থ গাত্রে মেম্ব্রেনের সৃষ্টি হইতে পারে।

(৬) চর্ম্মস্থ ক্ষতসমূহের ডিফ্‌থেরিয়া (Wound diphtheria)

একজোমা, হার্পিস, ইমপিটাইগো, প্রভৃতি রোগের আক্রমণ স্থলের ক্ষতযুক্ত চর্ম্ম এবং অল্প কোন প্রকারে উৎপন্ন ক্ষত ক্রেব্‌স-লোফ্‌লার ব্যাসিলি কর্তৃক দূষিত হইলে মেম্ব্রেন উৎপন্ন হইতে পারে। ক্ষত স্থলে ডিফ্‌থেরিয়া হইয়াছে; ইহা স্থির সিদ্ধান্ত করিবার পূর্বে ব্যাক্টেরি়ালজিকাল পরীক্ষা দ্বারা ডিফ্‌থেরিয়া-জীবাণু উদ্ধার করতঃ, রোগের স্বরূপ সন্দেহে নিশ্চিত হওয়া আবশ্যক।

ডিফ্‌থেরিয়া পীড়ার সাধারণ উপসর্গ সমূহ

(Common complications)

ডিফ্‌থেরিয়া পীড়ায় সাধারণতঃ নিম্নলিখিত উপসর্গ সমূহ উপস্থিত হইতে পারে। যথা—

(১) হৃদপিণ্ড ও রক্তসঞ্চালনের অবসাদ
(Heart and Circulatory failure): অতিশয় যুহ

আক্রমণ ব্যতীত, প্রায় সমস্ত স্থলেই হৃদপিণ্ড ও রক্তসঞ্চালন ক্রিয়ার কিছু না কিছু অনিষ্ট সাধিত হয়। রক্তসঞ্চালন ক্রিয়ার দুই প্রকারে বিঘ্ন ঘটতে পারে; যথা—

রোগের প্রারম্ভের দিকে রক্তের চাপ (Blood pressure) অতিশয় কম হইয়া রক্ত চলাচল বন্ধ এবং এই কারণে

রোগী প্রথম সপ্তাহের মধ্যে মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারে। ইহার পরে হৃৎপিণ্ডের মাংসপেশী ক্রমাগত দুর্বল হওয়াতে হার্টফেল (হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়া লোপ) হইতে পারে। রোগের দ্বিতীয় সপ্তাহে এইরূপ ঘটনা সম্ভবপর।

অপেক্ষাকৃত শক্ত আক্রমণে রোগের প্রারম্ভ কাল হইতে রক্তের চাপ ক্রমাগত কম হইয়া আসিতে থাকে এবং ইহা অতিশয় কমিয়া গেলে রক্ত চলাচল বন্ধ হইবার ফলে মৃত্যু ঘটিয়া থাকে। যেখানে হৃৎপিণ্ডের মাংসপেশীর দুর্বলতা জন্মে, সেখানে নাড়ী ক্ষীণ ও অনিয়মিত গতিবিশিষ্ট হয়; রোগী হৃৎপিণ্ডের উপরে বেদনা অনুভব করে; অস্থিরতা, দ্রুত ও অগভীর শ্বাস; দেহের বর্ণ ক্রিম ও নীলাভ; স্বাভাবিক অপেক্ষা উত্তাপ হ্রাস হওয়া (সার্বনখাল টেম্পারেচার) ইত্যাদি লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হয়। নাড়ীর গতি অনিয়মিত হইলে এবং মধ্যে মধ্যে দুই একটি স্পন্দন অনুভূত না হইলে, হৃৎপিণ্ডের মাংসপেশী দুর্বল হইতে আরম্ভ হইয়াছে, মনে করিতে হইবে। এক্সট্রাসিস্টোলী, হার্টব্লক, অরিকিউলার ফাইব্রিলেসাস ইত্যাদির আবির্ভাবে নাড়ীর গতি অনিয়মিত হইয়া থাকে। নাড়ীর গতি হঠাৎ অতিশয় দ্রুত হইলে (Tachycardia) বা অতিশয় ধীর হইলে (Bradycardia) কুলক্ষণ বলিয়া মনে করিতে হইবে। রোগীর হঠাৎ অকারণে বমন হইতে আরম্ভ হইলে, উহাকেও কুলক্ষণ মনে করিতে হইবে। হৃৎপিণ্ড প্রসারিত হইলে হৃৎপিণ্ডের ধ্বনিসমূহ পরিবর্তিত হইয়া থাকে। প্রথম ধ্বনি স্বরকাল স্থায়ী, ক্ষুদ্র এবং কোমল হইয়া পড়ে এবং দ্বিতীয় ধ্বনি উচ্চ শব্দবিশিষ্ট হয়। যকৃত বর্দ্ধিতায়তন এবং মুখে, বুকে এবং পায়ে রস সঞ্চার হয়। পূর্ক হইতে মূত্রে এলব্যামিন বিদ্যমান থাকিলে উহা পরিমাণে বর্দ্ধিত

হয়। ক্রমশঃ মূত্রের পরিমাণ কমিয়া যায়। হৃৎপিণ্ডের মাংসপেশী এইরূপ ভাবে অকর্মণ্য হইয়া পড়িলে হঠাৎ হার্টফেল করিয়া রোগীর মৃত্যু ঘটে। এরূপ অবস্থা হইতে রোগী প্রায় উদ্ধার পায় না। রোগের দ্বিতীয় সপ্তাহের পরে হার্টফেলিওরের নিমিত্ত রোগীর মৃত্যু হইলে, উহা হৃৎপিণ্ডের মাংসপেশীর দুর্বলতার নিমিত্ত ঘটে নাই বলিয়া মনে করিতে হইবে। এরূপ হার্টফেলিওরের কারণ—হৃৎপিণ্ডের তত্ত্বাবধায়ক ন্যায়সমূহের পক্ষাঘাত।

(২) ডিফথেরিয়া জনিত পক্ষাঘাত (Postdiphtheritic paralysis):—শতকরা ২০টা স্থলে ডিফথেরিয়া জনিত পক্ষাঘাত দৃষ্ট হয়। সাধারণতঃ আক্রমণের সূত্রপাত হইতে গণনা করিয়া চতুর্থ সপ্তাহের প্রারম্ভে বালকবালিকাদিগের স্থানিক অসম্পূর্ণ পক্ষাঘাত দেখা যায়। সফট্‌প্যাণ্ট এবং চকুস্থ গ্লেন্সের আকার পরিবর্তনকারী সূক্ষ্ম সিলিয়ারী মাংসপেশী সমূহ পক্ষাঘাতগ্রস্ত হয়। ইহার ফলে কণার স্বর “আনুনাসিক” এবং তরল পদার্থ পান কালে উহা নাসিকা দ্বারা নির্গত হয়। ক্ষুদ্র লেখা পাঠ করা এবং সূচিকায় সূতা পরাইতে অক্ষমতা জন্মে। সফট্‌প্যাণ্ট অসাড় ও শক্তিহীন এবং প্যাণ্টেল রিফেক্স অন্তর্হিত হয়। চকু টাৱা এবং চকুগোলক বাহিরের দিকে ঠিকরাইয়া বাহির হইবার উপক্রম হওয়া খুবই সাধারণ। এই শ্রেণীর পক্ষাঘাত অস্থায়ী এবং কয়েক সপ্তাহ বিদ্যমান থাকিয়া অদৃশ্য হয়।

পীড়ার আক্রমণ আরও একটু কঠিন হইলে, গলদেশের অভ্যন্তর ভাগ হইতে মেম্ব্রেন অদৃশ্য হইবার পূর্বেই পক্ষাঘাতের আবির্ভাব হয়। মেম্ব্রেন যেরূপ বিস্তারী হয়, পক্ষাঘাতও তদনুযায়ী বিস্তৃতিলাভ করে।

(ক্রমশঃ)

ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী—Bacillary Dysentery.

লেখক—ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাশ M. B. C. P. S. (Intl.)

M. C. P. & S., M. B. I. P. H. (Eng)

— — •) : (*) : • — —

বর্ষার প্রারম্ভ হইতে শেষ পর্য্যন্ত ভারতবর্ষের বিভিন্ন স্থানে বিশেষতঃ—বঙ্গদেশের প্রায় সর্বত্রই ডিসেন্টেরী বা আমাশয় পীড়া দেখিতে পাওয়া যায়। আয়ুর্বেদশাস্ত্রে ইহাকে “প্রবাহিকা” বলে। এবংসর অনেক স্থানেই “ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী” সর্কাপেক্ষা অধিক দেখা যাইতেছে। ইহা অতি সাংঘাতিক এবং হৃদ্য পীড়া। ছোট ছোট শিশুরা এবং অপেক্ষাকৃত বয়স্ক বালক বালিকারা ইহার দ্বারা আক্রান্ত হইলে প্রায়ই মৃত্যুমুখে পতিত হয়। বর্ষার সময়ে নদী, পুকুরিণী এবং কূপ ইত্যাদির জল দূষিত হইয়া এই পীড়া উৎপাদনের সাহায্য করে। দূষিত এবং পচা খাদ্য দ্রব্য আহায়েও এই পীড়া হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। যেখানে এই রোগ দেখা যায়—তত্রত্য অধিবাসীদের বাজারের খাবার, মাছ (বিশেষতঃ পচা মাছ), বোয়াল এবং ইলিশ মাছ, কুল্পী বরফ, রেটুরেন্টের চপ্, কাটলেট্, মাংস একেবারেই খাওয়া বন্ধ করা উচিত। ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী কিরূপ মারাত্মক এবং ইহার চিকিৎসা করাও যে কত কঠিন—তাহা চিকিৎসক মাত্রই জানেন। বর্তমানে কলিকাতার বিভিন্ন পল্লীতে এবং কলিকাতার বাহিরে—বহুস্থানে, এই পীড়ার প্রকোপ দেখা যাইতেছে।

নামান্তর (Synonyms) :—ব্যাসিলারী ডিসেন্টারীর অপর নাম—ডায়েরিয়া এণ্টারাইটিস (Diarrhea enteritis); কলেরা নট্রাস (Cholera nostras); উইণ্টার কলেরা (Winter cholera); ইণ্টেস্টিভাল গ্রিপ (Intestinal grip); আন্ত্রিক ইনফ্লুয়েঞ্জা (intestinal Influenza); ওদরিক জ্বর (gastric fever); আন্ত্রিক বিকৃতি (Intestinal disorder)।

জার্মানিতে ইহা ব্যাসিলেনরার (Bacillenruhr); ফরাসীদেশে “ব্যাসিলের” (Bacillaire); এবং ইটালীতে “ডিসেন্টেরিয়া ব্যাক্টেরিকা” (Dysentery bacterica) বলে।

ইহা অঙ্গের এক প্রকার সংক্রামক পীড়া। বিভিন্ন শ্রেণীর জীবাণু এই রোগের উৎপাদক কারণ। ইহা তরুণ বা পুরাতন আকারে প্রায় সংক্রামকরূপে প্রকাশ পায়। যে স্থানে এই রোগ দেখা দেয়, তত্রত্য অধিবাসীদের মধ্যে কেহ কেহ এই পীড়ার দ্বারা সংক্রামিত হয়—সকলেই হয় না। এই পীড়ার বিশেষত্ব এই যে, রোগী পুনঃ পুনঃ মল ত্যাগ করে এবং মলে রক্ত ও আম (প্লেয়া) নির্গত হয় এবং তৎসহ উদরে বেদনা বর্তমান থাকে। এই পীড়া সকল শ্রেণীর লোকের মধ্যেই এবং সকল বয়সেই প্রকাশ পাইতে পারে। মৃদু প্রকৃতির আক্রমণ সহজেই আরোগ্য হয়। কিন্তু কঠিন প্রকৃতির পীড়ায়—সুচিকিৎসা না হইলে, অধিকাংশ রোগীই মৃত্যুমুখে পতিত হইয়া থাকে। রক্তাশায়্য ব্যাপকরূপে প্রকাশ পাইয়া মৃত্যু সংখ্যা অধিক হইলে, এই শ্রেণীর পীড়ার সংক্রমণ বলিয়া সন্দেহ করা যায়। ইহাতে মৃত্যুসংখ্যা অত্যন্ত অধিক হইয়া থাকে।

কারণ-তত্ত্ব (Aetiology) :—“ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী” সর্ব দেশে এবং সকল আবহাওয়াতেই সমানভাবেই প্রকাশ পায়। কিন্তু শীতপ্রধান দেশ অপেক্ষা গ্রীষ্মপ্রধান স্থানে এই পীড়ার প্রকোপ অপেক্ষাকৃত অধিক। অল্প ঋতু অপেক্ষা গ্রীষ্মকালীন উষ্ণ আবহাওয়ায় ইহার আক্রমণ অধিকতর দেখা যায়। স্ত্রী-পুরুষ এবং সকল বয়সেই ইহা সমভাবে প্রকাশ পায়। সকল জাতি ও শ্রেণীর লোক সমান

ভাবেই ইহার দ্বারা আক্রান্ত হয়। প্রথম আক্রমণ অপেক্ষা পুনরাক্রমণে পীড়ার প্রাবল্য কিছু কম হইতে পারে। যে সকল স্থানের অধিবাসীদের স্বাস্থ্য খুব ভাল, বাহারা শক্তিশালী এবং দৃষ্টপুষ্টি; যেখানকার জল দূষিত নহে—যেখানে ময়লা বা নোংরা জমিয়া থাকে না; যেখানে খাদ্য দ্রব্য, পানীয়—বিশেষতঃ, জল ও দুগ্ধ নির্মল এবং রোগজীবাণু শূন্য; সেখানে এই রোগের আক্রমণ দেখা যায় না। কিন্তু যে স্থানে এই সকলের অভাব—সেই স্থানেই এই পীড়ার প্রকোপ ও বিস্তৃতি অধিক। এই কারণই চা বাগান, জুটমিল, চাউল বা তেলের কল ইত্যাদির কুলী বসীতে; কন্ট্রাক্টারদের কুলী-লাইনে; অপরিষ্কৃত, ও স্বাস্থ্য জ্ঞানে অনভিজ্ঞ পল্লীগ্রাম এবং ঘন বসতীপূর্ণ সহর তলীতে; যেখানের পল্লীর জল, দুগ্ধ, খাদ্য-দ্রব্য ইত্যাদি দূষিত এবং বাসস্থানের চতুর্দিকে গোময়, ঘুটে ইত্যাদি বিবিধ নোংরা বস্তুর স্তুপ বর্তমান; সেখানে এই রোগ প্রায়ই ব্যাপকরূপে প্রকাশ পাইয়া থাকে এবং রোগীর মৃত্যুসংখ্যাও সর্বাধিক উচ্চ হয়। গ্রীষ্মপ্রধান স্থানে এই রোগ প্রায়ই দেখা যায়। জেলখানার কয়েদী, পাগলা-গান্ধবাসী উন্নাদদের মধ্যেও এই পীড়ার প্রাবল্য দেখা যায়। স্বাস্থ্য জ্ঞানে অনভিজ্ঞতা এবং আহাৰাদির অপরিষ্কৃত ও অপরিচ্ছন্নতাই ইহার প্রধান উদ্দীপক কারণ।

রক্তহীনতা এবং পুরাতন পীড়াক্রান্ত রোগীদের এই পীড়া হইলে যে, তাহাতেই উহাদের মৃত্যু ঘটবে; তাহা নহে—অচিকিৎসা হইলে এইরূপ দুর্বল রোগীও বেশ সহজে ও সুন্দররূপে আরোগ্য হইতে পারে।

কোণ-বিস্তৃতি :—মক্ষিকাদি দ্বারা এই রোগের জীবাণু এক দেহ হইতে দেহান্তরে নীত হইয়া থাকে। জ্বরাক্ত স্তম্ভগারী শিশুরাও ইহার আক্রমণ হইতে রক্ষা পায় না। এই পীড়া কোথাও প্রকাশ পাইমাত্র তত্রত্য অধিবাসীরা বাহাতে মক্ষিকাদি সম্বন্ধে বিশেষ সাবধান হয়, সে বিষয়ে সম্যক উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। মক্ষিকাদি বাহাতে কোন খাদ্য-দ্রব্য ও পানীয় ইত্যাদিতে না বসে, তৎপ্রতি তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখা উচিত। পানীয় জল দূষিত হইয়াও

এই পীড়া ব্যাপকরূপে প্রকাশ পাইয়া থাকে—বিশেষতঃ, বাহারা পানীয় জল সংশোধন করিয়া পান করে না, অথবা যেখানকার কলের জল সরবরাহ বিশেষজ্ঞ দ্বারা পরিচালিত নহে।

গভীর নলকূপের জল রোগ-জীবাণু শূন্য এবং ইহা পানে কোনও জীবাণুবিহীন পীড়া হইবার সম্ভাবনা থাকে না। কিন্তু স্বল্প গভীর নলকূপের জল নিরাপদ নহে। নলকূপ তিন প্রকারে বসান হয়। যথা :—১ম স্তরের নলকূপ; ২য় স্তরের নলকূপ; ৩য় স্তরের নলকূপ। ১ম স্তরের জল পান নিরাপদ নহে। ২য় স্তরের জল অপেক্ষাকৃত ভাল, কিন্তু বর্ষার সময়ে তৎক্ষণাৎ নিরাপদ নহে। ৩য় স্তরের জল সকল সময়েই উৎকৃষ্ট ও সম্পূর্ণ নিরাপদ।

জীবাণু-তত্ত্ব (Bacteriology) :—জাপানের সুবিখ্যাত জীবাণুতত্ত্ববিদ পণ্ডিত ডাঃ শিগা (Dr Shiga) * কর্তৃক ১৮৯৮ খৃঃ অব্দে সর্বপ্রথম ব্যাক্সিলারী ডিসেন্টেরীর অস্তিত্ব আবিষ্কৃত হয়। ১৮৯৮ খৃঃ অব্দে জাপানে জনপদব্যাপী রক্তমাশয়ের সংক্রমণ উপস্থিত হইয়াছিল। ডাঃ শিগা, এই রক্তমাশয়ে আক্রান্ত রোগীর মল হইতে এক প্রকার জীবাণু আবিষ্কার করিয়া, এই জীবাণু দ্বারাই যে, এক শ্রেণীর রক্তমাশয় পীড়া উপস্থিত হয়, তাহা প্রমাণ করেন। ডাঃ শিগার আবিষ্কৃত এই জীবাণু “শিগা ব্যাসিলাস (higa-Bacillus) নামে অভিহিত এবং ইহাই ব্যাসিলারি ডিসেন্টেরীর উৎপাদক কারণ বলিয়া নির্ণীত হইয়াছিল। অতঃপর ক্রমে ডাঃ ক্রাস (Dr. Kruse) † ডাঃ ফ্লেক্সনার (Dr. Flexner) ‡,

* Shiga. Ueber den Erreger der Dysenterie in Japan, Centralbl. Bakteriologie 1908,

† Kruse. Etologie der epidemischen Ruhr Deutsch Med. Wchn schr 1902

‡ Flexner. Simon Acute tropical Dysentery. Johns Hopkins Hospital Bull, 1900

ডাঃ লেজ ‡, (Dr Lentz), প্রফেসার হিস (Hiss) এবং ডাঃ রাসেল § প্রভৃতি এই জীবাণুর প্রকৃতি, শ্রেণী, কার্যকারিতা প্রভৃতি বহু তথ্য আবিষ্কার করেন। বর্তমানে ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরীর নিম্নলিখিত কয়েক প্রকার জীবাণু আবিষ্কৃত হইয়াছে। যথা -

- (১) শিগা ব্যাসিলাস (Shiga bacillus);
- (২) ব্যাসিলাস এমবিগাস (Bacillus ambiguaus);
- (৩) ব্যাসিলাস ফ্লেক্সনার “y” (Bacillus Flexner “y”);
- (৪) ব্যাসিলাস ডিস্পার (Bacillus disper);

সংক্রমণ (Infection) :- অত্যন্ত আন্তরিক পীড়ার (enteric diseases) হ্রায় এই রোগের জীবাণুও দূষিত খাদ্য দ্রব্য, পানীয় অথবা আঙুলের নখ সমূহের সহিত মুখপথে দেহাভ্যন্তরে নীত হয়। ইহা এইরূপে পাকস্থলীতে প্রবিষ্ট হইয়া ক্ষুদ্রাঙ্গে উপস্থিত হয় এবং তথায় বংশ বিস্তার করে। অন্ত্র মধ্যে অত্যন্ত সময়েই ইহার সংখ্যায় অত্যধিক বৃদ্ধি হয় এবং এই সকল জীবাণু হইতে এক প্রকার বিষ পদার্থ (toxin) উৎপাদিত হইয়া উহার কতকাংশ রক্তস্রোতে মিশ্রিত এবং কতকাংশ কোলনের শৈল্পিক বিস্তারপথে নিষ্কাশিত হইয়া ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরীর লক্ষণ সমূহ প্রকাশ করিয়া থাকে। বিষ পদার্থ রক্তমধ্যে শোষিত হইয়া উহা যখন পুনরায় কোলনের শৈল্পিক বিস্তারপথে নিষ্কাশিত হয়—তখন তত্রত্য “কোলন-অংশ” বিশেষ ভাবে পীড়িত হইয়া পড়ে।

রোগীর মল অনুবীক্ষণ যন্ত্র সাহায্যে পরীক্ষা করিলে, তন্মধ্যে প্রচুর পরিমাণে “ডিসেন্টেরী ব্যাসিলাস” দেখিতে

পাওয়া যায় এবং এতদ্বারা এই রোগ নির্ণয়ে আর কোনই সন্দেহ থাকে না।

লক্ষণ-তত্ত্ব (Symptomatology) :- নিম্নলিখিত অবস্থাতেই ইহাতে বিভিন্ন প্রকার লক্ষণ প্রকাশ পায়। যথা—

(১) গুপ্তাবস্থা (incubation stage) :- ইহার গুপ্তাবস্থা খুবই অল্প সময় স্থায়ী হয়। পূর্বে অনেকে ইহার গুপ্তাবস্থা ৭ দিন বলিয়া সন্দেহ করিতেন। কিন্তু সম্প্রতি ডাক্তার ষ্ট্রং এবং মাসগ্রেভ লিখিয়াছেন (Dr. R. P. Strong and Dr. W. E. Musgrave's Report on the etiologies of the Dysenteries of Manila 1900) যে, এই পীড়ার গুপ্তাবস্থা ১৮ ঘণ্টাপ্রায় ও অল্প। বর্তমানে ইহাদের অভিমতই সকলে স্বীকার করিয়া লইয়াছেন।

রোগাক্রমণের ধারা (Mode of onset) :- এই রোগ হঠাৎ প্রকাশ পায় এবং তৎসহ প্রায়ই কম্প, শিরঃপীড়া বমন ইত্যাদি লক্ষণ বর্তমান থাকে। গ্রীষ্মপ্রধান দেশে এবং দক্ষিণাত্য প্রদেশে উক্ত লক্ষণাবলী অত্যন্ত প্রবল ভাবে দেখা যায়। পীড়ার প্রথম হইতেই রোগী অত্যন্ত দুর্বল ও অবসন্ন হয়। এমন কি, পীড়ার প্রথম দিবসেই রোগীকে অত্যন্ত অস্থির ও অবসাদগ্রস্ত দৃষ্ট হয়। এই পীড়ার সহিত ন্যূনাধিক স্বল্প বর্তমান থাকিবেই। ইহা এই রোগের একটি বিশেষ লক্ষণ। প্রায়ই জরীয় উত্তাপ সামান্যই দেখা যায়, কিন্তু কখন কখন ইহা ১০৩, এমন কি ১০৪ ডিগ্রী পর্যন্তও উঠিতে পারে। এই জর টাইফয়েড জরের হ্রায় বক্র গতিশীল নহে, ইহাই ইহার বিশেষত্ব। যদি এই জর ক্রমাগত উচ্চ ডিগ্রীতেই বর্তমান থাকে অথবা অনিয়মিত ভাবে উঠা নামা করে, তাহা হইলে অল্প কোনও উপসর্গ আশঙ্কা করা যায়। নাড়ীর গতির দ্রুতত্ব বৃদ্ধি পায় এবং নাড়ী ক্ষীণ হয়।

‡‡ Lentz. Zitsch Hyg 1902

P. A. Hiss and Russell Med. News.

N. Y. 1903

পীড়া প্রকাশের পর উৎপন্ন লক্ষণ
সমূহঃ—পীড়া প্রকাশের পর নিম্নলিখিত লক্ষণাবলী প্রকাশ পায়।

জিহ্বা (Tounge) :—রোগীর জিহ্বা অত্যন্ত মলাবৃত হয় এবং পীড়ার বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে জিহ্বার ক্ষীতি ও তদুপরিষ্ ময়লায় উপর স্পঃ দস্তের চিহ্ন দেখা যায়। উপযুক্তভাবে রোগীর মুখাভ্যন্তর ধোত, দস্তধাবন, জিহ্বার ময়লা পরিষ্কার না করিলে, জিহ্বার ময়লা আরও বর্ধিত এবং উহার বর্ণ বাদামী বর্ণের ও গুচ্ছ হয়। পীড়ার তরুণ অবস্থা কাটিয়া গেলে অথবা পুরাতন পীড়ার জিহ্বার এই বিশেষত্ব আর বিশেষ দেখা যায় না। জিহ্বার ক্ষীতি অনেক সময়ে রোগান্ত-দৌর্বল্য পর্য্যন্ত বর্তমান থাকিতে পারে।

পুনঃপুনঃ রক্ত মিশ্রিত মল ও ঔদরিক বেদনা (frequent bloody stools and abdominal pain) :—পুনঃপুনঃ রক্ত মিশ্রিত মল ত্যাগ, ঔদরিক বেদনা অর্থাৎ সমস্ত উদর প্রদেশে বেদনা—যাহা তলাপেট পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয় এবং তৎসহ অত্যন্ত ক্লান্তি ও অবসাদ বর্তমান থাকে।

মলত্যাগের সংখ্যা প্রায়ই অত্যধিক হয়, এমন কি, অল্প সময়ের জন্ত ইহার সংখ্যা ২৪ ঘণ্টায় ৩০-৪০ বার পর্য্যন্তও হইতে পারে। অতঃপর হয় ইহা ক্রমশঃ হ্রাস পাইয়া রোগী আরোগ্য লাভ করে—না হয়, রোগীর মৃত্যু হয়। তরুণ পীড়ার টক্সিমিয়া বা বিষ-মত্ততা বর্তমান থাকিলে অনেক সময়ে মলত্যাগের সংখ্যা বৃদ্ধি না পাইয়া বা মলের বিশেষ পরিবর্তন না হইয়াও রোগী হঠাৎ মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

এই পীড়ার মল বিশেষত্বপূর্ণ। একমাত্র মল দেখিয়াই রোগ নির্ণয় করা যাইতে পারে। পীড়ার তীব্র অবস্থায় ইহার মলের সহিত অন্য কোনও রোগের মলের সৌসাদৃশ্য দেখা যায় না। তবে এম্বেলিক ডিসেণ্টেরীর মলের সহিত ইহার মলের অনেকটা সাদৃশ্য বর্তমান আছে।

কিন্তু এম্বেলিক ডিসেণ্টেরীতে অর থাকে না—ব্যাসিলারী ডিসেণ্টেরীতে অর থাকে। এই রোগের (ব্যাসিলারী ডিসেণ্টেরী) মল পরিমাণে অল্প হয় এবং তাহাতে কেবল নার রক্ত ও আম বর্তমান থাকে। অম্লবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষায় তন্মধ্যে রক্তকণিকা ও এপিথেলিয়াল কোষ সমূহ এবং প্রচুর পরিমাণে ব্যাসিলারী ডিসেণ্টেরীর জীবাণু দেখিতে পাওয়া যায়। অম্লবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে রোগ নির্ণয়ে আর কোনই সন্দেহ থাকে না।

পীড়ার হ্রাস বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে মলের বিশেষত্বেরও হ্রাস বৃদ্ধি হইয়া থাকে। কোন কোনও সময়ে রোগীর মল সিরাতের মত হয় এবং তৎসহ পরিবর্তিত হিমোমোবিন বর্তমান থাকায়, ইহা কৃষ্ণবর্ণের হয়। এইরূপ মল অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত হইয়া থাকে।

কখন কখনও মলের পরিমাণ এত অল্প হয় যে, উহা ছোট চামচের ১ চামচের অধিক নহে, কিন্তু তথাপি রোগীর পুনঃ পুনঃ মলত্যাগের ইচ্ছা হয়। দেহ হইতে জলীয় পদার্থ অত্যধিক পরিমাণে নির্গত হইয়া যাওয়ায়, রোগী অত্যন্ত তৃষ্ণা বোধ করে। শিশুদের ব্যাসিলারী ডিসেণ্টেরী হইলে মলের প্রকৃতির বিশেষ তারতম্য হইতে দেখা যায়। ইহাদের মলেও প্রায়ই রক্ত বর্তমান থাকে, কিন্তু প্রত্যেক বার দাঙেই মলের সঙ্গে যে রক্ত থাকিবে; তাহা নহে। এই রক্ত কখন কখন মলের সহিত সামান্য পরিমাণে বর্তমান থাকে, আবার কখন বা নিঃসৃত আয়ের সহিত রক্তের ছিঁট্ দেখা যায় অথবা মলের সহিত কেবল মাত্র তরল রক্ত নির্গত হইতে থাকে। কখন কখনও মলের পরিবর্তে কেবল মাত্র তাজা রক্ত ও আম নির্গত হইতে পারে। প্রত্যেকবার মলের সহিতই আম বর্তমান থাকে এবং প্রায়ই উহার পরিমাণ অধিক দেখা যায়। হয় এই আম শুধুই নিঃসৃত হয়; না হয় এতৎসহ ছানার টুকরা সমূহ এবং অজীর্ণ ভুক্ত দ্রব্যাদির অংশ সমূহ বর্তমান থাকে।

সাধারণতঃ শিশু রোগীদের এই পীড়া হইলে মলের বর্ণ সবুজ হয় (শীম পাতা ছেঁচিলে যেমন হয়) এবং ইহার পরিমাণ ও সংখ্যা বহু হইয়া থাকে। এতৎসহ

আমণ্ড যথানিয়মে বর্তমান থাকে এবং মলদ্বারে ও উদরের বেদনার জন্য মলত্যাগকালীন শিশু রোদন করিতে থাকে।

অত্যধিক দুর্বলতা (Prostration) :—

প্রবল পীড়ায় যখন রোগী বিলম্বে চিকিৎসাস্থান হয় তখন রোগী এত স্তব্ধ দুর্বল ও অবসন্ন হইয়া পড়ে যে, প্রথম কয়েক দিনের মধ্যেই তাহার মৃত্যু ঘটে।

কলেরা সদৃশ পীড়া (Cholera like bacillus dysentery) :—কোমি কোনও রোগীর লক্ষণ অবিকল কলেরা রোগীর জায় প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। এইরূপ একটি রোগী আমি কলিকাতায় দেখিয়াছি। কলেরা বলিয়াই তাহার চিকিৎসা চলিতেছিল। কিন্তু উপকার না হওয়ায় মল পরীক্ষা করিতে দেওয়া হয় এবং তাহাতেই পীড়া ধরা পড়ে।

ওলাউঠার লক্ষণ বিশিষ্ট রোগীর পীড়া সহসা প্রকাশ পায়, অবসাদ অত্যন্ত অধিক ও স্পষ্ট হয়; পুনঃ পুনঃ মল ত্যাগ এবং মল জলবৎ হয় ও শীঘ্রই উহা চাউল খোয়া জলের মত হইয়া পড়ে। দেহ হইতে জলীয় পদার্থ অত্যধিক পরিমাণে নির্গত হওয়ায়, শীঘ্রই রোগীর হস্ত পদ এবং মুখ মণ্ডলের ত্বক্ সঙ্কুচিত হইয়া পড়ে এবং উদর গহ্বর ভিতরে ঢুকিয়া যায়। এই সকল লক্ষণে ওলাউঠা হইতে এই রোগকে পৃথক করা কঠিন। মল পরীক্ষা না হওয়া পর্য্যন্ত প্রায়ই রোগ নির্ণয় হয় না। তবে ১টা বিশেষ লক্ষণ দ্বারা এই পীড়া বলিয়া সন্দেহ করা যায়। উহা উদরের অত্যন্ত বেদনা। ওলাউঠার উদরে বেদনা থাকে না, কিন্তু ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরীতে নাভীর চতুর্দিকে বেদনা বর্তমান থাকে।

ঔদরিক বেদনা (Abdominal pain) :—

অগ্র ও উদর প্রদেশের বেদনা এই পীড়ার যে, একটি বিশেষ

লক্ষণ; তাহা পূর্বেই বলিয়াছি। এই বেদনাকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করা যায়। যথা—

(ক) টরমিনা (Tormina or Cramps or griping pain);

(খ) টেনিস্মাস্ (Tenesmus);

(ক : টরমিনা (Tormina) :—ইহাকে চলিত কথায় “পেট কামড়ানি” বলা যায়। ইহা কর্তনবৎ বেদনা বা শূল বেদনাবৎ—যাহা সমস্ত উদর প্রদেশে, এমন কি তলপেট পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া থাকে। এই বেদনা সাধারণতঃ মলত্যাগের পূর্বেই অমুভূত হয়। এই বেদনা হইবার পর রোগীর মল ত্যাগ করিবার ইচ্ছা হয়। ইহা ছাড়া অল্প সময়েও মধ্যে মধ্যে রোগী এই বেদনা অনুভব করে। সম্ভবতঃ প্রদাহিত এবং স্ফীত ‘কোলন্’এর শৈল্পিক বিস্তার আক্ষেপজনক সঙ্কোচন জন্মই এই বেদনা উপস্থিত হইয়া থাকে।

(খ) টেনিস্মাস্ (Tenesmus) :—ইহা সিগ্‌ময়েড ও সরলান্তের প্রদাহজনিত বেদনা। এই বেদনা সাধারণতঃ রোগী মলত্যাগকালীন অনুভব করে। সম্ভবতঃ ‘রেকটাম্’ ও ‘সিগ্‌ময়েডের’ প্রদাহিত অবস্থার জন্ম মলত্যাগকালীন রোগী এই অসহ্য, সূচীবিদ্ধবৎ বেদনা অনুভব করে। যত অল্প মলই নির্গত হউক না কেন, প্রত্যেকবার মলত্যাগের পর রোগী এই বেদনায় কষ্ট পায়।

এই পীড়ার আক্রমণের প্রারম্ভে উদর প্রসারিত হয়, কিন্তু পরে উহা সঙ্কুচিত হইয়া ভিতরের দিকে ঢুকিয়া যায়।

তলপেটে আঙ্গুল দ্বারা আঘাত করিলে রোগী বেদনা অনুভব করে।

প্রস্রাব (Urine) :—পুনঃ পুনঃ প্রচুর পরিমাণে আম নিঃসৃত হইলে রোগীর মূত্রাবরোধ হইবার বিশেষ সম্ভাবনা। বিশেষতঃ শিশু বা ছোট ছোট বালক বালিকাদের এবং অত্যন্ত অবসাদগ্রস্ত রোগীর এই পীড়া হইলে মূত্রের প্রতি তীক্ষ্ণ দৃষ্টি রাখা কর্তব্য।

আবশ্যক হইলে অনতিবিলম্বেই রবারের ক্যাথিটার সাহায্যে সন্ধিত মূত্র মূত্রস্থালী হইতে নির্গত করিয়া দেওয়া উচিত।

এই পীড়ায় মূত্রের পরিমাণ অল্প ও ইহার বর্ণ গাঢ় হয় এবং আপেক্ষিক গুরুত্ব বৃদ্ধি হইয়া থাকে। প্রায়ই মূত্রের সহিত অণুলাল বর্তমান থাকে। আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় ইহাতে হায়ালিন এবং গ্রানুলার কাস্টস দেখিতে পাওয়া যায়। কদাচিৎ এতদ্ব্যতীত লোহিত রক্ত কণিকাও বর্তমান থাকে।

জটিল :—এই পীড়ায় যক্ষত এবং পিত্তবহা নলীও আক্রান্ত হইতে পারে। ফলে রোগীর জটিল বা পাণ্ডু রোগ হওয়াস্ত আশ্চর্য্য নহে।

প্রীহা বিবর্জিত ও কোমল হইতে পারে।

ভাবীফল (Prognosis) :—ভিন্ন ভিন্ন স্থানের এবং ভিন্ন ভিন্ন সময়ের পীড়ার বিভিন্ন প্রকৃতি অনুযায়ী ভাবীফল শুভ বা অশুভ হইয়া থাকে। এ সম্বন্ধে সঠিক কিছু বলা কঠিন। জাপান এবং গ্রীষ্মপ্রধান দেশে এই পীড়ার মৃত্যুসংখ্যা শতকরা ৩০ জন। আমেরিকার যুক্তপ্রদেশে মৃত্যুসংখ্যা খুবই কম। শিশু এবং বৃদ্ধদের মধ্যেই এই পীড়ায় মৃত্যুসংখ্যা সর্বাধিক। মূত্র প্রকৃতির পীড়া এবং বাহারা শীঘ্র চিকিৎসাধীন হয়, তাহাদের সাধারণতঃ ১ম সপ্তাহের শেষের দিকেই পীড়ার উপশম হইতে দেখা যায়। মলত্যাগের সংখ্যা ক্রমশঃ হ্রাস পায় এবং মলের বর্ণ ও প্রকৃতি পরিবর্তিত হয়। মলের রক্ত ক্রমশঃ হ্রাস পায় এবং তৎসহ গাঢ় মল ও তৎসহ পিত্ত নিঃসৃত হইতে দেখা যায়।

পূর্ণ বয়স্ক রোগীদের এই রোগ প্রায়ই ১০—১৫ দিনের বেশী স্থায়ী হয় না, কিন্তু কখন কখন ইহার তরুণ অবস্থা গত হইয়াও পীড়া বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। এরূপ স্থলে ইহা ১—২ মাস পর্যন্ত স্থায়ী হয়। আবার কোনও কোনও রোগীর পীড়া ইহা অপেক্ষাও পুরাতন হইয়া পড়ে এবং ৩৪ মাস—এমন কি, ২১ বৎসর পর্যন্ত বর্তমান থাকে। পুরাতন রোগ মধ্যে মধ্যে উপশম হয় এবং আবার

প্রকাশ পায়; এইরূপ ভাবে ইহা দীর্ঘকাল পর্যন্ত রোগীকে কষ্ট দেয়।

শিশুদের পীড়ার বিশেষ যত্ন ও মনোযোগ সহকারে লক্ষণ সমূহ পর্যালোচনা করিয়া রোগ নির্ণয় করা কর্তব্য। শিশুদের পীড়া সাধারণতঃ ১—৪ সপ্তাহ পর্যন্ত স্থায়ী হয়। প্রায়ই ১ম সপ্তাহেই কিম্বা দ্বিতীয় সপ্তাহের প্রথমেই শিশু-রোগীরা মৃত্যুমুখে পতিত হয়; আবার কখন কখনও ৬ সপ্তাহ বা দেড়মাস পর্যন্ত ভুগিয়াও মারা যাইতে দেখা যায়।

এই রোগের পুনরাক্রমণও হইতে পারে; কিন্তু উহা অত্যন্ত বিরল।

রোগ নির্ণয় (Diagnosis) :—ডিসেন্টেরী পীড়ানির্ণয় করা অবশ্য কঠিন নহে। এমন কি, সাধারণ লোকেও ইহা দেখিবামাত্র নির্ণয় করিতে সক্ষম হয়। কিন্তু অল্প প্রকার ডিসেন্টেরী হইতে ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী পৃথক করিয়া নির্ণয় করা একটু কঠিন সন্দেহ নাই। বিশেষ বিচক্ষণতার সহিত এবং যত্ন সহকারে ইহার লক্ষণ ও ইতিহাস আলোচনা করতঃ অল্প প্রকার ডিসেন্টেরী হইতে ইহাকে পৃথক করা কর্তব্য। এই খানেই চিকিৎসকের ধৈর্য ও বিচার বুদ্ধির আবশ্যক। কেবলমাত্র সাধারণ লক্ষণাদি বিচার দ্বারা রোগ নির্ণয় করিতে না পারিলে, অনতিবিলম্বে রোগীর মল আণুবীক্ষণিক পরীক্ষার জন্ত কোনও বিশ্বস্ত ল্যাবোরেটরীতে পাঠান কর্তব্য। যে মল পরীক্ষার জন্ত পাঠান হইবে, তাহা যেন টাটকা হয় অর্থাৎ মলত্যাগের পর যত সম্ভব সম্ভব উহা পরীক্ষাগারে পাঠান কর্তব্য। আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায় “ডিসেন্টেরী ব্যাসিলাই” পাওয়া গেলে নিঃসন্দেহে রোগ নির্ণীত হইতে পারে।

পুনঃ পুনঃ রক্ত ও আম মিশ্রিত মল ত্যাগ যে, কেবল মাত্র “ডিসেন্টেরী ব্যাসিলি”র সংক্রমণ জন্মই হইয়া থাকে, তাহা নহে; এইরূপ মল সরলান্ন ও ‘কোলন’এর অল্প প্রকার প্রাদাহিক পীড়াতেও দেখিতে পাওয়া যায়। মলদ্বারের বা সরলান্নের কাসিনোমা, এডিনোমেটাস

পলিশাই, উবার্কিউলোসিস্ এবং উপদংশ রোগেও এই সকল লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে। সাধারণ পরীক্ষা এবং পীড়ার ইতিহাস ও অন্ত্রাল লক্ষণ আলোচনা দ্বারা ব্যাসিলারী ডিসেণ্টেরীকে এই সকল পীড়া হইতে পৃথক করিতে হইবে।

এমিবিক ডিসেণ্টেরীর সহিত এই রোগের ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু এমিবিক ডিসেণ্টেরীতে জ্বর থাকে না—ইহাতে জ্বর থাকে। এমিবিক ডিসেণ্টেরীতে নাতীর চতুর্দিকে বেদনা থাকে, কিন্তু ব্যাসিলারীতে সমস্ত উদর

ব্যাপিয়াই বেদনা থাকে এবং রোগী অত্যন্ত অবসন্ন হইয়া পড়ে।

ওলাউঠার সহিত প্রভেদ এই যে—ওলাউঠার উদরে বেদনা থাকে না—কিন্তু ইহাতে উদরে বেদনা থাকে। টাইফয়েড জ্বরের সহিত তরুণ ব্যাসিলারী ডিসেণ্টেরীর ভ্রম হইতে পারে। টাইফয়েড ফিভারের বিশিষ্ট লক্ষণাদি বিশেষ ভাবে আলোচনা করিয়া ইহাকে টাইফয়েড হইতে পৃথক করা যাইতে পারে।

(ক্রমশঃ)

কোষ্ঠবদ্ধতা—Constipation.

লেখক—সার্জন এইচ্, এন, চার্টার্ড B. Sc. M. D. D. P. H.
Late of his Majesty's Royal Naval H. T.

and Mercantile marine—China, Japan, Newyork, Durban etc.

(পূর্বে প্রকাশিত মে সংখ্যার (ভাগ ২২৪ পৃষ্ঠার পর হইতে)

কোষ্ঠবদ্ধতায় নিম্নলিখিত ব্যবস্থাগুলিও অবস্থা বিশেষে উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

১৮। Re

পিল কলোসিস্ কো: ... ৪—৮ গ্রেণ।

এক মাত্রা। শয়নকালে ১ মাত্রা সেব্য।

১৯। Re,

পডোফিলিন রেজিন ... ১২ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট ক্যানাবিস ইণ্ডিকা ... ১ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট হায়োসায়ামাস ... ৪ গ্রেণ।

একত্রে ১ বটিকা। রাত্রে শয়নকালে একটি বটিকা সেব্য।

আখিনি—৩

লৌহ যুক্তিত হুদু বিব্রেক্টক—

২০। Re.

পিল এলোজ এট ফেরি ... ৪—৮ গ্রেণ।

১ বটিকা। রাত্রে সেব্য।

২১। Re.

এলোইন ... ১/২ - ১ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট বেলেডোনা ... ১/৪ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট নক্সভমিকা ... ১/৮ গ্রেণ।

ফেরি সালফ ... ১ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট জেন্সিয়ান ... যথা প্রয়োজন।

একত্র মিশ্রিত করতঃ একটি বটিকা। প্রতি রাত্রে ১টা বটিকা মাত্রায় সেব্য।

২২। Re.

ফেরি সাল্ফ্	...	৪ গ্রেণ।
ম্যাগ্ সাল্ফ্	...	৪০ গ্রেণ।
এসিড্ সাল্ফ্ এরোসেট্	...	১০ মিনিম।
টীং জিজিবারিস্	...	২০ মিনিম।
ইন্ফিউসন্ জেন্সিয়ান্	এ্যাড্	১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। প্রাতে ও বৈকাল ১ মাত্রা করিয়া

সেব্য।

২৩। Re.

ম্যাগ্ সাল্ফ্	...	৪০ গ্রেণ।
লাইকর ফেরি পারক্লোর	...	১৫ মিনিম।
একোয়া ক্লোরোফর্ম	...	এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। প্রতি রাত্রে সেব্য।

আগ্নেয় স্রাববিরোধক—

২৪। Re,

সোডা বাইকার্	...	১৫ গ্রেণ।
স্পিরিট্ এমন্ এরোসেট্	...	১০ মিনিম।
টীং সেনা কোঃ	...	১৫—২০ মিনিম।
ইন্ফিউসন্ জেন্সিয়ান্	...	এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। আহারের ৫ মিনিট পূর্বে প্রত্যহ

৩ বার সেব্য।

২৫। Re.

পালভ রিয়াই কোঃ	...	১ আউন্স।
সোডা সাল্ফ্	...	১ আউন্স।
সোডা বাইকার্	...	২ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১—১½ ড্রাম পরিমাণ ঔষধ

জলসহ রাত্রে সেব্য।

২৬। Re.

একট্রাক্ট্ নক্সডমিকা	...	১/৪ গ্রেণ।
” বেলডোনা	...	১/৬ গ্রেণ।
এলোইন্	...	১/৬ গ্রেণ।
ফেনলফথেলিন্	...	১½ গ্রেণ।
একট্রাক্ট্ জেন্সিয়ান্	...	১/২ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ বটীকা। প্রত্যহ ২ বার সেব্য।

এই ঔষধটী বহুপরীক্ষিত ও ফলপ্রসূ। কর্ণেল ব্রাউন্

এই ঔষধটির সমূহ প্রশংসা করিতেন।

২৭। Re.

ক্যামোনি রেজিন	...	৩০ গ্রেণ।
পালভ জ্যালাপ	...	৩০ গ্রেণ।
পালভ রিয়াই	...	১৫ গ্রেণ।
পটাশ নাইট্রাস্	...	১৫ গ্রেণ।
স্তাকারিণ	...	৬ ড্রাম।
স্পিরিট্ রেক্টীফায়েড্	...	৪ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ৪ ৮ ড্রাম মাত্রায় ১ মাস

শীতল জলে মিশ্রিতঃ করতঃ শয়নকালে সেব্য।

২৮। Re.

টং নক্সডমিকা	...	৫ মিনিম।
টীং সেনা	...	১৫—৩০ মিনিম।
এমন্ কার্ব	...	৩ গ্রেণ।
স্পিরিট্ ক্লোরোফর্ম	...	১০ মিনিম।
ইন্ফিউসন্ কোয়াশিয়া	...	এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। আহারের ৫ মিনিট

পূর্বে প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

**শিশুদিগের কোষ্ঠবদ্ধতায় উপযোগী
ব্যবস্থাপত্র**

শিশুদের কোষ্ঠবদ্ধতায় “চকোলাক্স” নামক চাক্তি ২।১ খানি করিয়া খাইতে দিলে স্নন্দর উপকার হয়। একদর্থে “মিঙ্ অব্ ম্যাগ্নেশিয়াও” ভাল। শিশুদের জন্ত নিম্নলিখিত ব্যবস্থাপত্র উপযোগী :—

২৯। Re.

পডোফিলিন্ রেজিন	...	১ গ্রেণ।
এলকোহল্	...	১ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১—২ বিন্দু মাত্রায়,

১—২ মাস বয়স্ক শিশুদিগকে দিবসে ২।১ মাত্রা সেবন করিতে দিলে স্নন্দর ফল হয়। দুগ্ধ শর্করার সহিত ইহা দিলে ভাল হয়।

৩০। Re.

সোডি ফক্কেট	..	৫—১০	গ্রেণ।
কুইনিন্ সাল্ফ্	...	১/৪	গ্রেণ।
টাং নল্লভমিকা	...	১/২	মিনিম।
এসিড্ সাল্ফ্ এরোসেট্	...	১	মিনিম।
মিসারিং	...	৫	মিনিম।

জল সহ মিশ্রিত করতঃ ৬ মাসের শিশুকে দিনে ৩ বার রাত্রে ১ মাত্রা ব্যবহের। শিশুদের কোষ্ঠকাঠিন্যে প্রযোজ্য।

৩১। Re.

ম্যাগ্ সাল্ফ্	...	৪	গ্রেণ।
টাং রিয়ার্	...	১৫	মিনিম।
সিরাপ্ জিজিবার	...	১০	মিনিম।
একোয়া মেম্বপিপ্	...	১	আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ৬ মাসের শিশুকে প্রাতে ও

‘সিরাপ্ অফ্ সিলিংস্’ বেশ উপযোগী।

ফ্যাভাস্—Favus.

লেখক—ডাঃ—ক্রিস্টিভুশন মিত্র B. Sc. M. P.

ভূতপূর্ব ডাউস সার্জন, দিবাপাতিয়া রাজ হস্পিট্যাল।

—:—

ফ্যাভাস্ (Favus) এক প্রকার সংক্রামক চর্মপীড়া। বিশেষ এক প্রকার পরাক্স-পুষ্ট কীটাণু ইহার উৎপাদক কারণ। ইহাতে চর্মের উপর একপ্রকার প্যাচ্ পড়ে। এই প্যাচ্ গুলি দেখিতে কতকটা গোলাকার—অনেকটা চায়ের ডিশের মত এবং প্যাচের উপর হরিদ্রাভ বর্ণের মামুড়ি পড়িয়া থাকে। ইহা এই রোগের বিশেষত্ব।

কারণ-তত্ত্বঃ—এই শ্রেণীর চর্মরোগের উৎপাদক কারণ—এক প্রকার-পরাক্স-পুষ্ট-জীবাণু (Achorion Schoenleinii)। এই জীবাণু অনেক প্রকারের আছে। এই রোগ সাধারণতঃ মস্তকাবরক স্বকে—চুলের গোড়ায় হইয়া থাকে। দেহের অন্ত স্থানেও হইতে পারে, তবে খুব কম।

এই পীড়া সংক্রামক। সাধারণতঃ এই পীড়াক্রান্ত রোগীর চিকণী, ত্রাশ, তোয়ালে, গাম্ছা সাবান, টুপী

ইত্যাদি ব্যবহার দ্বারা—ইহা এক দেহ হইতে দেহান্তরে বিস্তার লাভ করে। অনেক সময়ে ইহা মনুষ্য দেহ হইতে গৃহপালিত পশু (কুকুর, বিড়াল, ছাগল, খরগোস্) ইত্যাদির দেহে সংক্রমিত হইতে পারে এবং পুনরায় ঐ সকল পশুর দেহ হইতে অল্প কোনও সুস্থ ব্যক্তির দেহেও নীত হওয়া অসম্ভব নহে। এই পীড়া প্রধানতঃ নোংরা প্রকৃতির লোকদের মধ্যেই অধিক দেখা যায়। বিশেষতঃ, বাহারা অত্যন্ত নোংরা ভাবে বসবাস করে, স্বেচ্ছাচারী এবং বাহারা নোংরা জনবহুল স্থানে বসবাস করে, তাহারাই অধিক অক্রান্ত হয়।

আক্রান্ত চুলের গোড়া হইতে কিঞ্চিৎ মামুড়ী এবং শ্রাব গ্রহণ করিয়া অমুবীক্ষণ বস্ত্র সাহায্যে পরীক্ষা করিলে, তন্মধ্যে প্রচুর পরিমাণে এই পাড়ার উৎপাদক জীবাণু সমূহ দেখিতে পাওয়া যায়। এই পীড়ার আক্রান্ত স্থানের চুল সমূহ শুক, অমসৃণ এবং শক্ত হয়। এই সকল জীবাণু

সাধারণতঃ ঘকের উপরিভাগেই বর্তমান থাকে—অধিক নিয়ে ইহার প্রবেশ করে না।

লক্ষণ-সঙ্কেত :—মস্তকাবরক ঘকেই এই পীড়ার বিশেষত্ব পূর্ণ ‘প্যাচ’ বা ক্ষত অধিক দেখা যায়। এই সকল ক্ষতের ‘প্যাচ’ সিকি বা আধুলীর মত বড় হইতে পারে এবং ইহার উপরে পীতভাষামাড়ী থাকে ; এই মাড়ীর নিম্নেই পরাজ-পুষ্ট জীবাণু সমূহ এক সমষ্টিতে বর্তমান থাকে এবং তত্ত্বতঃ এপিথিলিয়াল টীণ্ডকে ধ্বংস করিয়া তথায় গাঢ় পূজবৎ পদার্থের সৃষ্টি করে। ক্রমশঃ পীড়া বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে উক্ত ক্ষতে অধিকতর পীতভাষা বা গাঢ় পীত বর্ণের আসের ন্যায় পদার্থ সৃষ্টি হয়। ইহাই তত্ত্বতঃ কেশ সমূহকে ককর্শ, ত্রীহীন এবং অমসৃণ ভাবাপন্ন করে। ক্ষত হইতে মাড়ী তুলিয়া লইলে তন্মধ্যে ক্ষুদ্র, লোহিতাভ, বসন্তের গুটির ন্যায় গর্ত দৃষ্ট হয়।

চুলের গোড়ার কেশোৎপাদক টীণ্ড সমূহ ধ্বংস হওয়ায়, যে স্থলে এই পীড়া হয় ; তত্ত্বতঃ কেশ সমূহ উঠিয়া যায় এবং আংশিক বা সম্পূর্ণ স্থান ব্যাপিয়া স্থায়ী ‘টাঙ্ক’ পড়িতে দেখা যায়। ক্ষতোপরিস্থ মাড়ী সমূহে এক প্রকার তীব্র দুর্গন্ধ পাওয়া যায়। উহা কতকটা ছুঁচোর গায়ের গন্ধের অনুরূপ। এই গন্ধ দ্বারা পীড়া সহজেই নির্ণীত হইয়া থাকে।

দীর্ঘকালস্থায়ী পীড়ায় এবং অচিকিৎসিত রোগীর মাথার ক্ষত সমূহের দুর্গন্ধ প্রবল হয় এবং প্রায় সমস্ত কেশই উঠিয়া যায়। পীড়া দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে, ইহা হস্ত এবং পদের অঙ্গুলী ও নখের কোণ্ সমূহে পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে। সম্ভবতঃ অঙ্গুলী দ্বারা মাথা চুলকান বা পরিষ্কার করণ জন্যই এই সকল স্থান ইহার দ্বারা সহজেই সংক্রমিত হয়।

এই পীড়া সাধারণতঃ অল্পবয়স্ক বালকবালিকাদের মধ্যেই অধিক দেখা যায়। কেশবহুল স্থানে এই পীড়া হইলে, আরোগ্য হইতে দীর্ঘ সময়ের আবশ্যক হয় ; কিন্তু অন্য স্থানে হইলে সহজেই আরোগ্য হইয়া থাকে।

রোগ নির্ণয় :—এই রোগ নির্ণয় করা তেমন কঠিন নহে। মস্তকের ঘকের উপর এই বিশেষত্বপূর্ণ মাড়ী যুক্ত ক্ষত দেখিলেই সহজে রোগ নির্ণয় করা যায়। এই সকল মাড়ী ও মাড়ীর চারিদিকের স্থান গন্ধকের (সালফার) দ্বারা হরিদ্রাভ বর্ণের হয়। কেশের বিবর্ততা, ককর্শত্ব, বিশেষত্বপূর্ণ ‘টাঙ্ক’, সুবিক গাত্রেয় গন্ধের ন্যায় ক্ষত সমূহের দুর্গন্ধ ইত্যাদির দ্বারা পীড়া সহজেই নির্ণয় করা যায়। অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা আক্রান্ত স্থানের সম্পূর্ণ মাড়ী পরীক্ষা করিলে, উহাতে রোগোৎপাদক জীবাণু সমূহ দৃষ্ট হয়।

ক্ষুরোগ, সোরেরিসিস, সেবোরিক্ ডায়েটেইটিস্ ইত্যাদি চর্মরোগ হইতে ইহাকে সহজেই পৃথক করা যায়। ফ্যাভাসের ক্ষত ঘকের উপরেই থাকে ; অধিক নিয়ে যায় না।

চিকিৎসা :—প্রথমতঃ কেশ সমূহ ছোট করিয়া কাঁজিয়া দিবে এবং ফরসেপ্‌স্ দ্বারা সম্ভব মত মাড়ী সমূহ উঠাইয়া ফেলিবে। অতপর মস্তকে কতকটা সরিষার তৈল বা অলিভ্ অয়েল ঢালিয়া উত্তমরূপে মর্দন করতঃ, উষ্ণ জল ও সাবান দ্বারা উত্তমরূপে ধোত করিয়া নিম্নলিখিত সাবানের যে কোনও সাবান দ্বারা আক্রান্ত স্থান পরিষ্কার করিতে হইবে।

(১) এসেপ্‌সো সাবান = ৩%।

(২) পার্কেডেভিস্ কোম্পানির “নিকো” সাবান।

(৩) সাইনল্ সোপ।

(৪) ২% কার্বলিক্ সোপ।

সাবান জল দ্বারা প্রত্যহ আক্রান্ত স্থান পরিষ্কার করিয়া—তোয়ালে দিয়া মুছিয়া মুহু জীবাণুনাশক মলম স্থানিক প্রয়োগের ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

এতদর্থে নিম্নলিখিত মলমের যে কোনটী ব্যবহার করা যাইতে পারে।

১। Re.

পালভ এটিসেপ্টিন ... ৪ ড্রাম।

সাদা ভেসেলিন ... যথাপ্রয়োজন।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মলম। এই মলমটী এই প্রকার চর্মরোগে এবং অন্তান্ত ক্ষত বা ক্ষতবৃন্ত চর্মরোগে বিশেষ উপকারী।

২। Re.

বেটা-জাক্‌থোল	...	১ ড্রাম।
গন্ধক (সালফার)	...	২ ড্রাম।
বালসাম পেরু	...	১ ড্রাম।
পেট্রোলিয়াম	...	১ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মলম।

৩। Re.

জিঙ্ক অক্সাইড	...	১ আউন্স।
এসিড স্যালিসিলিক	...	১/২ আউন্স।
এডিপিগ ল্যানি:	...	২ ড্রাম।
অলিভ অরেল	...	৪ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া স্থানিক প্রয়োগ।

৪। Re.

জাক্‌থোল	...	১০ গ্রেণ।
ক্যাম্ফর	...	১০ গ্রেণ।
রেসর্সিন	...	১০ গ্রেণ।
সালফার	...	একড্রাম।
ভেসেলিন	...	১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মলম।

আক্রান্তস্থান উষ্ণজল ও সাবান দিয়া ধুইয়া ফেলিয়া শুক করতঃ, প্রত্যহ ১বার করিয়া ‘বাইকোরাইড অব মার্কারীর’ ১ : ২০০০ শক্তির দ্রব স্রাসারে প্রস্তুত করতঃ লাগাইয়া; পরে হাইড্রার্ক্‌ এমোনিয়োটর ৫% পাসেণ্ট শক্তির মলমের সহিত স্যালিসিলিক এসিড (৫%) মিশাইয়া প্রত্যহ ১ বার করিয়া প্রয়োগ করিলে সফল পাওয়া যায়। সম্প্রতি যন্ত্রকের ‘ফ্যাভাস’ রোগে অটোভ্যাকসিন ইঞ্জেকসন দিয়া উপকার হইতেছে। ইহাতে অনেকেই আশাভীত উপকার পাইয়াছেন বলিয়া যত প্রকাশ করিয়াছেন।

এই রোগে মার্কারীযুক্ত মৃদু শক্তির মলম ব্যবহারেও বেশ উপকার পাওয়া যায়। এতদর্থে নিম্নলিখিত মলমগুলি বেশ উপকারী -

১। Re.

হাইড্রার্ক্‌ এমোনিয়োট	...	৩০ গ্রেণ।
এসিড স্যালিসিলিক	...	২০ গ্রেণ।
এসিড বোরিক	...	২০ গ্রেণ।
স্বেত ভেসেলিন	...	এ্যাড্‌ ২ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ মলম। দিবসে ২।১ বার স্থানিক প্রয়োগ।

২। Re.

হাইড্রার্ক্‌ এমোনিয়োট	...	১/২ ড্রাম।
এসিড বোরিক	...	১ ২ ড্রাম।
লাই: কার্বনিস্ ডিটারজেন্স...	...	১/২ ড্রাম।
প্রিসিপিটেড্‌ সালফার	...	১/২ ড্রাম।
এসিড স্যালিসিলিক	...	১০ গ্রেণ।
স্বেত ভেসেলিন	...	এ্যাড্‌ ১ আউন্স।

একত্রে মলম। দিনে ২।১ বার স্থানিক প্রয়োগ।

ভাবীফল :—কেশ বহুল স্থানে এই রোগ হইলে

এবং চিকিৎসিত না হইলে ইহা দীর্ঘকাল—এমন কি, চিরকালই বর্তমান থাকিতে পারে। পুরাতন রোগ দীর্ঘকাল চিকিৎসাতেও অনেক সময়ে সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইতে চাহে না। এরূপ স্থলে ধৈর্য্যসহকারে আরও দীর্ঘকাল চিকিৎসা করা কর্তব্য।

পীড়ার প্রথমেই যত্ন সহকারে চিকিৎসা করিলে রোগ প্রায়ই আরোগ্য হইয়া যায়—কখন কখন একটু দীর্ঘ চিকিৎসার আবশ্যক হইতে পারে।

যে কেশ উঠিয়া যায়, তাহা আর জন্মায় না এবং “টাক্” পড়াও আর ভাল হয় না।

প্লুরিসিস—Pleurisy.

(ফুস্ফুস-আবরক বিম্বীর প্রদাহ)

লেখক—ডাঃ শ্রীজ্ঞানচন্দ্র চট্টোপাধ্যায় এম, এম, এস,

অধ্যাপক বেঙ্গল এলেন হোমিওপ্যাথিক কলেজ

ও বাঙ্গালা ফিজিওলজি প্রণেতা

(পূর্ব প্রকাশিত ৫ম সংখ্যার (ভাদ্র) ২৩৪ পৃষ্ঠার পর হইতে)



(গ) পুজোৎসৃজনযুক্ত তরল প্লুরিসিস (Purulent Pleurisy or Empyema.)

কারণ-তত্ত্ব (Aetiology) :—নিম্নলিখিত

কয়েক প্রকারে ইহার উৎপত্তি হইতে পারে। যথা;—

- (১) রসোৎসৃজনযুক্ত তরল প্লুরিসিস, এই শ্রেণীর প্লুরিসিসে পরিণত হইতে পারে।
- (২) কতকগুলি সংক্রামক ব্যাধি, যথা—নিউমোনিয়া, টাইফয়েড, যক্ষ্মা, স্কালে'ট ফিভার প্রভৃতির উপসর্গরূপে উপস্থিত হইতে পারে।
- (৩) স্থানীয় কারণে, যথা—ভ্রূণপঞ্জর, যক্ষ্মাগ্র অন্ত্র প্রবেশের ফলে বা ফুসফুস, খাণ্ডনলী প্রভৃতির কৰ্কট বা ম্যালিগন্যান্ট ব্যাধি কিম্বা ফুসফুসে যক্ষ্মাজনিত গহ্বরের সহিত প্লুরা গহ্বরের সংযোগ ইত্যাদি কারণে।

টিউবার্কল বা যক্ষ্মাবটিত পূজ জীবাণুশূন্য। নিউমোককাসবটিত ব্যাধি অপেক্ষাকৃত সুস্বাদ্য, স্ট্রেপ্টোককাস জাতীয় মারাত্মক।

লক্ষণ (Symptoms) :—এই প্রকার প্লুরিসিস আক্রমণের ধারা সচরাচর ধীর ও অস্পষ্ট; কিন্তু হঠাৎ আক্রমণও হইতে পারে। যতদিন না পূজ অধিক জন্মে, ততদিন ইহাতে বেদনা, কাশি, শ্বাসরুদ্ধ, প্রভৃতি লক্ষণ সমূহ প্রায় প্রকাশ পায় না। পূজ জমিলে, পূজ সঞ্চয়ের সকল লক্ষণই, যথা—অসম জর, জরবিচ্ছেদে ঘর্ষ, উত্তরোত্তর

ওষ্মলতা, রক্তহীনতা ইত্যাদি উপস্থিত হয়। রক্ত পরীক্ষায় খেত রক্তকণিকার বৃদ্ধি (Leucocytosis) দেখা যায়।

প্রভেদ-নির্ণয় (Deferential diagnosis) :—

রসোৎসৃজনযুক্ত প্লুরিসিস সহিত ইহার নিম্নলিখিত প্রভেদ দেখা যায়।

(১) ইহাতে বক্ষের উভয়দিকের পরিমাপের স্পষ্ট পার্থক্য।

(২) পঞ্জর মধ্যবর্তী স্থান সকল ফুলিয়া উঠে ও তব্রস্থ চর্মে শোথ হয় এবং শিরাসমূহ স্পষ্ট দেখা যায়।

(৩) রোগী চুপি চুপি কথা কহিলে (Pectoriloquy) তাহা বক্ষের উপর আকর্ষণে শুনা যায় না।

(৪) বক্ষ ও হৃদপিণ্ড অধিক স্থানচ্যুত হয়।

এই জাতীয় প্লুরিসিসে বক্ষের সম্মুখে স্পন্দনশীল অর্ধদ (Pulsating tumour) অধিক দেখা যায়। এই অবস্থাকে এম্পাইমা নেসেসিটাস (Empyema Necessitans) কহে।

ভোগকাল (Duration) :—ইহা বহুদিন ব্যাপী ব্যাধি; অচিকিৎসায় মৃত্যু ঘটে, কদাচিৎ অপনা আপনি আরোগ্য হয়। স্বভাবজাত রোগমুক্তি নিম্নলিখিত উপায়ে হইতে পারে।

(ক) পূজ সঞ্চয় স্বর হইলে উহা শোষিত হইতে পারে (absorbed)

(খ) পূঁজাধার দুসফুস মধ্যে ফাটিয়া কফের সহিত পূঁজ নির্গত হইতে পার।

(গ) বক্ষের সম্মুখে ফোটকের জ্বায় ফাটিয়া আরোগ্য হইতে পারে (Empyema necessitans)।

আরও দেখা যায়, ঐ পূঁজ খাণ্ডনলী, পেরিটোনিয়াম, পেরিকার্ডিয়াম ও পাকস্থলীর মধ্যে প্রবেশ করিতে পারে; কখনও বা ইলিয়াক বা সোয়াস্ ফোটকে (Psoas abscess) পরিণত হয়।

উল্লিখিত কয়েক প্রকারের প্লুরিসি ব্যতীত আরও কয়েক প্রকারের প্লুরিসি দেখা যায়। যথা—

(ঘ) রক্তস্রাবী প্লুরিসি

(Hæmorrhagic Pleurisy)

নিম্নলিখিত অবস্থায় প্লুরা মধ্যে রক্ত জমিতে পারে। যথা—

১। দুর্বল অবস্থায়,—যেমন ব্রাইটস ব্যাধি, কর্কটরোগ (Cancer), বক্কতের বিশীর্ণ (Cirrhosis) প্রভৃতি ব্যাধি দ্বারা দেহ নিতান্ত অবসন্ন হইলে, এরূপ ঘটিতে পারে। অধিকাংশ ক্ষেত্রে টিউবার্কিউলোসিস পীড়াগ্রস্ত রোগীর এইরূপ প্লুরিসি হইতে দেখা যায়।

২। স্তম্ভব্যক্তিরও কখন কখন এইরূপ প্লুরিসি হইতে পারে।

(ঙ) ডায়াফ্রাগমাটিক প্লুরিসি

(Diaphragmatic pleurisy)

প্লুরার যে অংশ ডায়াফ্রাগম সহিত সংলগ্ন, তাহার প্রদাহ হইলে তাহাকে ডায়াফ্রাগমাটিক প্লুরিসি কহে। এক্ষেত্রে বেদনা কুক্ষি প্রদেশে অমুভূত হয়। তাহাতে স্বভাবতঃই উদরের ব্যাধি বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। বক্ষঃদেশই শ্বাসপ্রশ্বাসে নড়িতে (Thoracic respiration) থাকে এবং তাহা হ্রস্ব ও কষ্টদায়ক হয়। হৃৎপিণ্ড প্রদেশে বেদনা (Argina) বোধ হয়, ভৌতিক লক্ষণ বড় অধিক পাওয়া যায় না। তবে জ্বর, বেদনা, শ্বাসক্লেশ, প্রভৃতি অস্তিত্ব লক্ষণ সবই পাওয়া যায়।

(চ) একত্রীভূত প্লুরিসি

(Encysted Pleurisy)

পূঁজোৎসৃজনযুক্ত প্লুরিসিতে কোন স্থানে থলির জ্বায় পূঁজ আবদ্ধ থাকিলে, তাহাকে “একত্রীভূত প্লুরিসি” কহে। এই ব্যাধি নির্ণয় করা কঠিন, স্বেচ্ছ দ্বারা পূঁজ টানিয়া বাহির করিলে পীড়া নির্ণীত হয়। আবার কখনও বা প্লুরার দুই লোবের মধ্যবর্তী স্থানে পূঁজ জমিয়া থাকে। এই অবস্থায় বায়ুনলী ভেদ করিয়া পূঁজ বাহির হইতে পারে।

প্লুরিসি নির্ণয়—Diagnosis of Pleurisy,

ডাই বা শুষ্ক প্লুরিসি বিশেষ হানিকর নহে এবং ইহা নির্ণয় করাও বিশেষ কষ্টসাধ্য নহে। কিন্তু রসোৎসৃজনযুক্ত প্লুরিসির সহিত কতকগুলি ব্যাধির ভ্রম হইবার সম্ভাবনা। যথা—

১। নিউমোনিয়া :—ইহাতে হঠাৎ আক্রমণ, তীব্র শীত, উচ্চ গাত্র তাপ, অধিক শ্বাসকষ্ট, ইষ্টকের বর্ণ সম্বন্ধিত গয়ের প্রভৃতি লক্ষণ দ্বারা নিউমোনিয়া সূচিত করে। নিউমোনিয়ার ভৌতিক লক্ষণগুলির দ্বারাও রোগ নির্ণয়ের সহায়তা হয়। যেমন—অভিঘাতে প্লুরিসিতে শব্দহীনতা (dullness) সম্পূর্ণ, স্বরোথিত কম্পন (fremetus) প্লুরিসিতে লুপ্ত, কিন্তু নিউমোনিয়াতে বর্ধিত। বক্ষঃ আকর্গনে টিউবিউলার শব্দ উভয়েতেই পাওয়া যায় বটে; কিন্তু নিউমোনিয়ার এই শব্দে বৈচিত্র আছে। পঞ্জর মধ্যবর্তী স্থান প্লুরিসিতে পূর্ণ, কিন্তু নিউমোনিয়া প্রবল (massive) হইলেই ঐ অবস্থা ঘটে। তাহা হইলেও প্রবল নিউমোনিয়াতে জ্বর, বিকার, শ্বাসক্লেশ ইত্যাদি অপর লক্ষণগুলির প্রাবল্য দৃষ্ট হয় প্লুরিসিতে হৃৎপিণ্ড, বক্কৎ ইত্যাদি অপর যন্ত্রসমূহ সমধিক স্থানচ্যুত হইয়া থাকে। যদি রোগ নির্ণয়ে কোন সন্দেহ থাকে, তবে স্বেচ্ছবিদ্ধ করিয়া জল বা পূঁজ বাহির হইলে কোন ভ্রম থাকে না।

২। পেরিকার্ডিয়াল এফিউসন (Pericardial effusion) :—হৃদপিণ্ডের আবরণ মধ্যে জল জমিলে, তাহাকে “পেরিকার্ডিয়াল এফিউসন” বলে। ইহার সহিত প্লুরিসির ভ্রম হইবার সম্ভাবনা। এরূপ ক্ষেত্রে হৃদস্পন্দনের তলদেশে শব্দহীনতা (dullness) থাকে না; হৃদপিণ্ড দক্ষিণদিকে সরিয়া যায় না। নাড়ী ও হৃদপিণ্ডের শব্দ ক্ষীণ হয়। শ্বাসকৃচ্ছ এবং রোগীর মুখমণ্ডলের নীলাভভাব (Cyanosis) অধিক হইয়া থাকে।

৩। একপার্শ্বিক হাইড্রোথোরাক্স (Unilateral hydrothorax) :—এই অবস্থার সহিত হৃদপিণ্ডের ব্যাক্ষি অনিবার্য। ফলতঃ, রোগীর পূর্বে হইতেই শোথের (oedema) লক্ষণ প্রকাশ পায়। ইহা প্রদাহজনিত নহে, ফলে অন্ন থাকে না ও জলক্ষরণ অন্ন হইলেও, শ্বাসকৃচ্ছ অধিক হয়।

৪। বক্ষঃগহবরে অর্কসুদ (Mediastinal tumour) :—বক্ষঃগহবরে হাইডাটিড্ প্রভৃতি অর্কসুদ জমিলে বক্ষের শব্দহীনতা (dullness) বৃদ্ধি ও শ্বাসপ্রশ্বাস শব্দ ক্ষীণ অথবা লুপ্ত হয়।

৫। যকৃতের স্ফোটক (Liver abscess) ; কিংবা হাইডাটিড্ ; মূত্রগ্রন্থির কর্কট (cancer) ; ডায়াফ্রামের নিম্নের স্ফোটক (Subphrenic abscess) প্রভৃতি উপর দিকে বর্দ্ধিত হইয়া বক্ষঃ অভিমুখে শব্দহীনতা (dullness) ও শ্বাসপ্রশ্বাসের শব্দহীনতা ঘটায়। ইহাদের সহিত প্লুরিসির ভ্রম হইতে পারে। ইহাদের বিশিষ্ট লক্ষণ দ্বারা ইহাদিগকে প্লুরিসি হইতে পৃথক করা যাইতে পারে।

৬। এনিউরিজম্ (Aneurism), স্পন্দনশীল এম্পাইমা; ইন্টারকস্টাল ন্যায়শূল (intercostal neuralgia—বক্ষঃপঞ্জরাস্থির মধ্যবর্তী স্থানের ন্যায়শূল) ; পাকস্থলীর ক্ষত (Gastric ulcer), পাকস্থলীর বেদনা (Gastrodynia) ইত্যাদি :—

এই সকল অবস্থাতেও রোগনির্ণয়ে ভ্রম ঘটিতে পারে। ইহাদের বিশিষ্ট লক্ষণসমূহ দ্বারা প্লুরিসি হইতে ইহাদিগকে পৃথক করা যাইতে পারে।

পাল্লিগাম ফল—Sequellae

জলীয় অংশ বাহির করিয়া যদি দেখা যায় যে, তাহাতে কোন জীবাণু নাই (sterile), তাহা হইলে পীড়া যক্ষ্মাঘটিত বলিয়া বুঝিতে হইবে। সুতরাং আত্ম বিপদ না হইলেও, ভবিষ্যতে যক্ষ্মার সম্ভাবনা থাকে। যদি নিউমোককাস পাওয়া যায়, তাহা হইলে পরিণাম শুভ হয়, রোগী আরোগ্য লাভ করে। স্ট্রেপ্টোককাস জীবাণু থাকিলে পীড়া মারাত্মক জাতব্য। প্লুরার অভ্যন্তরস্থ দ্রব জলীয়, কি পুঁজ ; তাহার নির্ণয় প্রয়োজন। যদি অক্ষমজর ও প্রতিদিন অন্ন ত্যাগে ঘাম হয়, আর দিন দিন রোগী পাণ্ডুবর্ণ ও দুর্বল হইয়া পড়ে, তবে পুঁজ বলিয়া বুঝিতে হইবে। এরূপ অবস্থায় রক্তের খেত কণিকার অত্যন্ত বৃদ্ধি (Leucocytosis) হইয়া থাকে।

চিকিৎসা—Treatment.

মুহু আক্রমণে অধিকাংশ ক্ষেত্রে কোন চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না। পূর্বেই বলা হইয়াছে যে, শুষ্ক অর্থাৎ ড্রাই প্লুরিসি আপনিই আরোগ্য হইতে পারে, সম্ভবতঃ স্থানে স্থানে প্লুরা পরস্পর জড়াইয়া যায় বা সংলগ্ন হইয়া থাকে।

এবল আক্রমণে রোগীকে শয্যাশায়ী করা নিতান্ত প্রয়োজন। কারণ, যদি পীড়া বক্ষা জাতীয় হয় তাহা হইলে শ্বাসপ্রশ্বাসের আধিক্যে নানাপ্রকার কুফল ফলিতে পারে। এই সময় সতত বিশুদ্ধ বায়ু নিতান্ত প্রয়োজন। কারণ, অন্ন বায়ুতে অধিক অক্সিজেন বাষ্প থাকিলে হৃদস্পন্দনকে অথবা অধিক ক্রিয়া করিতে হয় না।

(১) বেদনা (Pain) :—প্রথম অবস্থায় যখন অত্যন্ত বৃক পিঠে, পার্শ্বদেশে বেদনা থাকে, সেই বেদনা উপশম জন্ত গরম সেক তাপ, টিকার আরোড়িন প্রলেপ, মসিনার পলটিস, এন্টিফ্লোজিটিন, থারমোফিউজ, এন্টিফ্রেনিন

ঔষুতি উত্তেজক দ্রব্য স্থানিক প্রয়োগ করিলে বিশেষ উপকার দর্শিতে পারে। কেহ কেহ কোঁকা ভুলিতে (Blister) পরামর্শ দেন, কিন্তু তাহার প্রয়োজন হয় না। সুস্থ সবল ব্যক্তি হইলে কোঁকা বসাইলে উপকার হয়, কিন্তু ইহাও আত্মরিক চিকিৎসা। বৃকে, পিঠে, শুক কাপিং করিলে (dry cupping) বেদনার উপশম হয়, অনেক সময় ইহাতে আত্মরিক প্রদাহও অন্তর্হিত হইয়া থাকে।

যদি নিতান্তই বেদনা অসহ্য হয়, তবে ফিতার ভ্রায় ষ্টিকিং প্লাস্টার (Sticking plaster) দ্বারা বৃকের আক্রান্ত দিক বঁধিয়া দিলে, স্থানপ্রথমে বৃক উঠা নাহা অধিক করিতে পারে না, সুতরাং বেদনা অল্পই অল্পভূত হয়। শীতপ্রধান দেশে অনেকে প্রথম অবস্থায় আক্রান্ত স্থানের উপর বরফ (Ice bag) দিবার পরামর্শ দেন, কিন্তু শৈত্য প্রয়োগ অপেক্ষা, উত্তাপে অধিক আরাম ও উপকার পাওয়া যায়। বেদনা জন্ত অনেকে মফিয়া $\frac{1}{2}$ গ্রেণ মাত্রায় ইঞ্জেকসন দিতে বলেন, কিন্তু তাহা সঙ্গত নহে; ইহাতে অনেক স্থলে স্থানপ্রথমে কেন্দ্রের অবসাদ ঘটয়া বিপদ হইতে পারে। তখন আবার এট্রোপিন ইঞ্জেকসনের প্রয়োজন হয়। বেদনা দমনার্থ স্যালিসিলেট বা এন্টিপিরিন সাবধানে দেওয়া যাইতে পারে।

(২) জ্বর (Fever) :—মুরিসিতে জ্বর সচরাচর অধিক হয় না। যদি হয়, তবে অল্প গরম জলে গাত্ৰ স্নানইয়া দেওয়া প্রায়ঃ।

(৩) দান্ত প্রস্রাব :—জল জমিলে প্রস্রাব ও দান্ত পরিকার রাখা কর্তব্য। এতদ্ব্যতীত অর্দ্ধ আউন্স ম্যাগনেসিয়াম সাল্ফেট, এক বা দুই আউন্স জলে মিশ্রিত করিয়া সেবন বিধেয়। অথবা দুই ড্রাম ম্যাগ-সাল্ফ ও দুই ড্রাম সোডা সাল্ফ, এক আউন্স একোয়া হেম্ফিন্ সল মিশাইয়া একবার বা দুইবার সেবনে বিশেষ ফল পাওয়া যায়। প্রস্রাব বৃদ্ধির জন্ত পটাশ এসিটেট, সোডা সাইট্রেট বা থিয়োট্রোমিন সোডা স্যালিসিলেট আধিন—৪

(Theobromine Sodli salicylate) ১৫ গ্রেণ মাত্রায় দিবসে তিনবার সেবন বিধেয়।

(৪) হৃদপিণ্ডের অবসাদ :—হৃদপিণ্ডের অবসাদ লক্ষ্য করিলে ডিজিটেলিস বা ক্যাফিন বিশেষ উপযোগী।

(৫) প্লুরাহিত জল :—প্লুরাহিত জল শোষণার্থ পটাশ আয়োডাইড অল্প মাত্রায় চিরকাল ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে। কিন্তু ইদানিং অনেকের অভিমত এই যে, পূর্ণ মাত্রায়—এমন কি, অধিক মাত্রায় ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড প্রয়োগে জল শীঘ্র কমিয়া যায়; অধিকন্তু ইহাতে অরেনও উপশম হইয়া থাকে।

অটোসিরো-থেরাপি (Autosero Therapy) :—আধুনিক চিকিৎসা হিসাবে ইহা উল্লেখ যোগ্য। এই মতামতময়ী ২—১০ কিউবিক সেন্টিমিটার (সি, সি,) প্লুরার জল বাহির করিয়া লইয়া, তৎক্ষণাত্ উহা চর্মের নিম্নে প্রয়োগ করিতে হয়। ইহাতে কতকগুলি ক্ষেত্রে বিশেষ উপকার হইতে দেখা গিয়াছে।

প্লুরার অভ্যন্তরস্থ জল নিকায়ণ (Aspiration) :—যদি প্লুরার মধ্যে জলীয় দ্রব অত্যন্ত অধিক হয় এবং তজ্জন্য স্থানকষ্ট হইতে থাকে, তাহা হইলে এম্পিরেটর নামক যন্ত্রের দ্বারা জল বাহির করিয়া দেওয়া বিধেয়। ইহাতে রোগী সুস্থ বোধ করে ও সহজে আরোগ্য হয়। অনেকে বলা হইতে অব্যাহতি পায় এবং পূঁজ হইবার সম্ভাবনা থাকে না। রোগী বিশেষ অসুস্থ বোধ না করিলেও, যদি জল ক্লাডিকুল অর্থাৎ কঠাস্থি পর্যন্ত উঠে, তবে জল বাহির করা নিতান্ত প্রয়োজন।

জল নিকায়ণ প্রক্রিয়া—এই প্রক্রিয়া নিতান্ত সহজ এবং ইহাতে ভয়ের কারণ কিছুই নাই। বগলের মধ্যরেখার সপ্তম ও অষ্টম পঞ্জাবের মধ্যবর্তী স্থানে, অথবা স্ক্যাপুলা অস্থির নিম্ন কোণে সরাইয়া সপ্তম ও অষ্টম পঞ্জর মধ্যবর্তী স্থানে এম্পিরেটরের সূচ বিদ্ধ করিতে হয়। এই সময় যে দিকে ছিদ্র করিতে হইবে, সেই দিকের হস্ত অপরদিকের স্বন্ধের উপর টানিয়া আনিলে, স্ক্যাপুলায় নিম্ন

কোণ্‌ সন্নিহিত যার এবং পঞ্জর মধ্যবর্তী স্থান প্রশস্ত হইয়া থাকে। স্থান নির্দিষ্ট করিয়া সেই স্থানের চৰ্শে টিকার আয়োডিন লাগাইয়া, পরে সুরা (absolut alcohol) দ্বারা মুছিয়া পরিষ্কার ও বিশোধিত (Sterelized) করিবার পর, এম্পিরেটরের সহিত এম্পিরেসন নুট (aspiration needle) উত্তমরূপে শোধিত করিয়া অষ্টম পঞ্জরের ঠিক উপর দিয়া প্রবেশ করাইতে হয়। হুচি দুই তিন ইঞ্চি প্রবেশ করান বাইতে পারে। ঐ হুচির সহিত রবার নলের দ্বারা সংযুক্ত একটি বোতল থাকে এবং ঐ বোতলের সহিত একটি পিচকারী থাকে; এই পিচকারী দ্বারা বোতলের বায়ু বাহির করিয়া লইলেই, পুরা মধ্যস্থিত জল বা পুঁজ সেই বোতলে আসিয়া পড়ে। ইহাকেই জলনিষ্কাশন প্রক্রিয়া (এম্পিরেসন—Aspiration) কহে। এতদ্ব্যতীত সমস্ত সরঞ্জাম সহ এম্পিরেটর নামক যন্ত্র পাওয়া যায়। এককালীন সমুদয় জল বাহির করা উচিত নহে। যদি কঠাঙ্গি পর্য্যন্ত জল উঠিয়া থাকে, তবে এক সের মাত্র বাহির করিলেই যথেষ্ট হয়। অনেকের যুক্তি এই যে যদি কিছু পরিমাণ জল বাহির করিয়া লওয়া হয়, তাহা হইলে ভিতরের চাপ কমিয়া যায়, ফলে যে সকল রস-প্রণালী (Lymph-vessel—লিম্ফ ভেসেল) চাপের দ্বারা পিষ্ট

হইয়া স্বকার্যে অক্ষম ছিল, তাহা এখন দ্রুত জলীয় দ্রব সরাইয়া লইতে সক্ষম হয়।

এই প্রক্রিয়াতে কোন কোন স্থলে নিম্নলিখিত উপসর্গ উপস্থিত হইতে পারে। যথা—প্রক্রিয়ার শেষভাগে সচরাচর খুঁখুখু করিয়া কিম্বা দমকা ভাবে কাশি, এবং হুচির ছিদ্রস্থ দিয়া চৰ্শের নিম্নে বায়ু প্রবেশ (Subcutaneous emphysema)। নিউমোথোরাক্স প্রায় হয় না; কিন্তু অধুনা কেহ কেহ ইচ্ছা করিয়া জল শোষণ করতঃ কিঞ্চিৎ বায়ু বা নাইট্রোজেন বাষ্প প্রবেশ করাইয়া সফল পাইয়াছেন, বলেন। কখন কখনও মূৰ্ছা, কখনও বা মৃগির গ্রাঘ আক্ষেপ ও সেই সময় হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া বন্ধ হইয়া রোগীর মৃত্যু (Syncope) হইতে পারে।

পুঁজ জমিলে (Empyema) উহা নিষ্কাশনে প্রায় সফল হয় না; এরূপ স্থলে অন্ত্র চিকিৎসার একান্ত প্রয়োজন এবং তাহা অত্যন্ত দুর্বল ও ক্ষীণ অবস্থাতেও করা যায়, তাহাতে আরোগ্যের সম্ভাবনাই অধিক হইয়া থাকে।

পাঁচড়ার (Scabies) ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

সালফার সাল্লিমেট	...	...	১ ড্রাম।
বালসম পেক	...	...	১ ড্রাম।
পালভ এন্টিসেপ্টিন	...	...	১ ড্রাম।
লার্ভ	...	...	১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া বলম। পাঁচড়া উত্তমরূপে গরম জল ও সাবান দ্বারা ধোত করিয়া শুক করতঃ, এই বলম প্রযোজ্য। (Medical News, June 1930)

রোগ-নির্ণয়-তত্ত্ব

Diagnosis.

লেখক—ডাঃ ক্রীমশোকচন্দ্র মিত্র M. B.

Late House Surgeon—Carmichael Medical College Hospital
and Mayo Hospital

স্বচ্ছ বা ক্ষয়কাশ (Pulmonary Consumption) :- এই রোগের প্রথমাবস্থায় রোগ নির্ণয় করা বড়ই কঠিন। সাধারণ চিকিৎসকের কথা দূরে থাকুক, অভিজ্ঞ ও বিচক্ষণ চিকিৎসকও প্রায়ই পীড়ার আরম্ভে এই রোগ নির্ণয় করতে পারেন না। নিম্নলিখিত বিষয়গুলির প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখিলে, সূত্রপাতে এই পীড়ার আক্রমণ সন্দেহ করা যায়। রোগের সূত্রপাতে :—

- (১) রোগীর ক্রমশঃ বলক্ষয় হয় ও দেহ শীর্ণ হইতে থাকে।
- (২) সামান্য পরিশ্রমেই ঘর্ষ হয় ও তৎসহ রোগী অত্যন্ত দুর্বল বোধ করে।
- (৩) কুমায়ান্দা, আহারে অরুচি, অজীর্ণ (ডিপ্পেপ্সিয়া) ইত্যাদি লক্ষণ প্রকাশ পায়।
অজীর্ণরোগকে অবহেলা করিলে প্রায়ই ইহা যক্ষ্মায় পরিণত হইয়া থাকে। কারণ, ভুক্ত পদার্থ জীর্ণ না হইলে নূতন রক্তকণিকা এবং গুরু প্রস্তুত হইতে পারে না। ফলে দেহের পুষ্টির অভাব হয় এবং ইহাই ক্রমশঃ ক্ষয়রোগ আনিয়ণ করে।
- (৪) পীড়ার সূত্রপাতে প্রায়ই উদরায়ন হয়। ইহাতেও দেহে পুষ্টির অভাব; ফলে যক্ষ্মারোগ উৎপত্তির সম্ভাবনা হইয়া থাকে।
- (৫) কখন কখন গয়েরের সহিত সামান্য বা প্রচুর রক্ত মিশ্রিত থাকে।

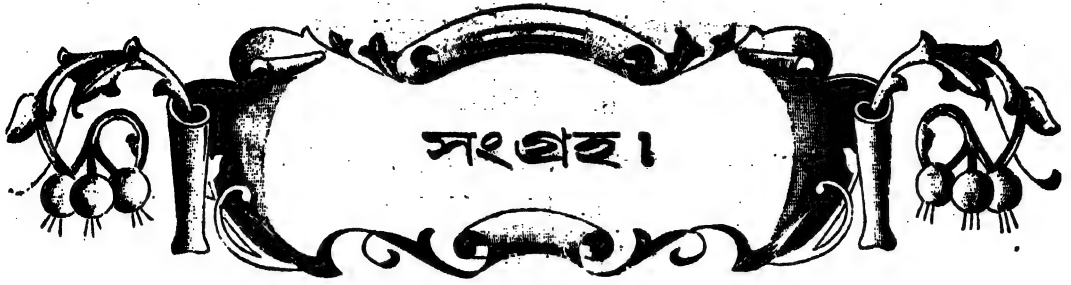
(৬) প্রাতঃকালে থুত্থুকে কাশি এবং তৎসহ সামান্য শ্লেষ্মা নিঃসৃত হয়। কখন কখন এই কাশি সর্বদাই বর্তমান থাকে এবং প্রাতঃকালের দিকে বৃদ্ধি পায়। এইরূপ কাশি কিছুদিন নিয়মিতভাবে বর্তমান থাকিলেই—এই পীড়ার আক্রমণ সন্দেহ করা যায়।

(৭) নিয়মিত বা অনিয়মিত হৃৎস্পন্দন (Palpitation of the Heart)

(৮) নাড়ীর অবস্থা :—নাড়ীর (Pulse) প্রতি বিশেষ মনোযোগ দিলে পীড়া নির্ণয় আরও সহজ হইয়া উঠে। ইহাতে নাড়ীর অবস্থা নিম্নলিখিতরূপ হইতে দেখা যায়। যথা—

- (ক) নাড়ী দ্রুত হয়।
- (খ) নাড়ীর চাপ হ্রাস পায়।
- (গ) নাড়ীর তীক্ষ্ণতার বৃদ্ধি হয়।
- (ঘ) আবার এই কয়টাই একত্রে বর্তমান থাকিতে পারে।

এই পীড়ার প্রথমাবস্থায় অনেক সময়ে ব্রকাইটিসের সহিত এবং বর্দ্ধিত অবস্থায় নিউমোনিয়ার সহিত ভ্রম হইতে পারে। সুতরাং অতি সাবধানতার সহিত রোগীর ইতিহাস ও লক্ষণাদি সংগ্রহ করিয়া রোগ-নির্ণয় করা কর্তব্য।
থুত্থুকে কাশি, ডিপ্পেপ্সিয়া, চক্ষুর উপরিভাগে সর্বদা স্থায়ী শিরঃপীড়া, হৃৎস্পন্দন ও জনের হ্রাস, ক্ষয়কারী ক্ষীণ স্বর—যাহা বৈকালে বা সন্ধ্যায় প্রকাশ পায়—ইত্যাদি লক্ষণ বর্তমানে, এই পীড়ার আক্রমণ সন্দেহ করতঃ পুনঃ পুনঃ বক্ষঃ পরীক্ষা করিয়া পীড়া নির্ণয় করা কর্তব্য।



লেখক—ডাঃ শ্রীনির্মলকান্ত চট্টোপাধ্যায় M. B.

কলিকাতা

স্থূলতা—Obesity

স্থূলতা মানুষের এক বিশেষ প্রকার ব্যাধি। এমন অনেক মানুষ আছেন, যৌবনেই বাঁহারা অতিরিক্ত স্থূলতাবশতঃ একেবারে অকর্ষণ্য হইয়া পড়েন। চলিতে গেলে খাসবদ্ধ হইয়া আসে, চীৎকার করিয়া কথা বলিতে পারেন না। অনেক সময় এই স্থূলতা হাঁতেই কাহার কাহারও মৃত্যু পর্য্যন্ত হইয়া থাকে। রক্তচাপ বা ব্লাড প্রেসার (Blood pressure) রোগের উৎপত্তির একটা কারণ—এই স্থূলতা। সুতরাং স্থূলতা নিবারণের জন্য সকলেরই বধাসাধ্য সতর্কতা অবলম্বন করা প্রয়োজন। সম্প্রতি পঁজাত্তরে স্থূলতা নিবারণ সম্ভব কি না, তাহাই আলোচিত হইয়াছে। বহু প্রসিদ্ধ চিকিৎসকের মতামতের উপর নির্ভর করিয়া এই প্রবন্ধটি রচিত হইয়াছে। ইহা পাঠে কেহ কেহ হয় ত সতর্কতা অবলম্বন করিতে পারিবেন, সেই আশায় নিরে উক্ত প্রবন্ধের সার-সকলন প্রদত্ত হইল।

এই প্রবন্ধের প্রথমেই বলা হইয়াছে যে, কোন সুদৃঢ় চিকিৎসক কতক রোগী বিশেষ ভাবে পরীক্ষিত না হইলে, স্থূলতার প্রতিবিধান—কেবলমাত্র ঔষধের অহুমোদনপত্রে সম্ভব হয় না। কি কারণে রোগী মাংসল হইয়া উঠিয়াছে, তাহা সঠিক ভাবে নির্ধারণ করিতে না পারিলে, এই ব্যাধির সুচিকিৎসা সম্ভব হয় না।

এক প্রকার মানুষ আছেন—তাঁহারা প্রয়োজনের অতিরিক্ত খাদ্য গ্রহণ করেন। উপরন্তু এই প্রয়োজনতিরিক্ত আহারের ফলে দেহে যে চর্বির সঞ্চয় হয়, তাহা বিনষ্ট করিবার জন্য উপযুক্ত পরিষ্কার পরিশ্রম করেন না। প্রধানতঃ এই কারণে দেহ স্থূলতাপ্রাপ্ত হয়। স্থূল ব্যক্তিদিগের মধ্যে এই প্রকৃতির লোকই সংখ্যায় অধিক। ইহাদের স্থূলতা হইতে মুক্ত হইবার একমাত্র উপায়—নিয়মিতভাবে খাদ্য গ্রহণ ও উপযুক্তরূপ পরিশ্রম করা।

দ্বিতীয় প্রকার স্থূলতার উৎপত্তি—মাংস-গ্রাসি সম্বন্ধীয় (ম্যাগ্জুলার) ব্যাধি হইতে। এই দুই প্রকার স্থূলতার চিকিৎসা সম্পূর্ণ পৃথক। সুতরাং কিসের জন্য রোগী স্থূল হইয়াছে, তাহা নির্ধারণ না করিয়া চিকিৎসা করা কোন কারণেই উচিত নহে; তাহাতে বিপদের সম্ভাবনা আছে। বাঁহারা স্থূলতার প্রতিকার করিতে চাহেন, প্রথমেই তাঁহাদের কিছুকাল চিকিৎসকের পরিচর্যাধীন থাকা কর্তব্য। তাহাতে কারণ নির্ণয়ের সুবিধা হইতে পারে। অবশ্য বাঁহারা নিজেরাই ভাল করিয়া বুঝিতে পারেন যে, অতিরিক্ত আহারই স্থূলতার কারণ, তাঁহাদের আর চিকিৎসকের পরামর্শ না লইলেও চলিতে

পারে। কিন্তু তাহা হইলেও, আহার্যের পরিমাণ কতটুকু বা কতখানি হ্রাস করিতে হইবে, সে সম্বন্ধে চিকিৎসকের পরামর্শ গ্রহণ করা কর্তব্য। কারণ, আহার্যের পরিমাণ হ্রাস করিবার কথা সকলেই বলিতে পারে, কিন্তু কিভাবে হ্রাস করিলে ফুলতা নিবারিত হইবে দেহে চর্কি জমিবে না, তাহা কেবল মাত্র সুবিজ্ঞ চিকিৎসকই বলিতে পারেন। কারণ, সঠিকভাবে ইহার ব্যবস্থা করিতে হইলে দেহযন্ত্রের সহিত ব্যবস্থাপত্রদাতার ঘনিষ্ঠ পরিচয় থাকা প্রয়োজন। এই ব্যাধি এমনই অদ্ভুত যে, মানুষের দেহের আভ্যন্তরিক ক্রিয়া-কলাপের সহিত বাঁহার ঘনিষ্ঠ পরিচয় নাই, তিনি ইহার কোন প্রতীকারই সহজে করিয়া উঠিতে পারিবেন না। আরও একটা অসুবিধা এই যে, চিকিৎসার সময় যদি অন্য কোন রোগ দেহে জন্মে এবং চিকিৎসক বা রোগী সে কথা জানিতে না পারেন, তবে সমুহ বিপদ উপস্থিত হইতে পারে। অনেক সময় ইহার ফলে রোগী জন্মের মত অকর্মণ্য হইয়া যায় এবং কখন কখনও মৃত্যু পর্যন্ত হইতে পারে।

দেহে ফুলতার সূত্রপাত হইলে মধ্য মধ্য চিকিৎসকের সুরপাণ হওয়া উচিত। তাহাতে চিকিৎসক এবং রোগী উভয়েরই সুবিধা হইতে পারে। পূর্বেই বলিয়াছি, এই চিকিৎসায় কতকগুলি বিপদ আছে। নিয়ে তাহা উল্লেখ করা হইল। এইগুলি সুরণ রাখিলে ফুলতাগ্রস্ত রোগী ও চিকিৎসক উভয়েই উপকৃত হইতে পারিবেন। অনেকেই হয় ত জানেন না যে, ফুলতার চিকিৎসা করাইবার কালে দেহযন্ত্র এবং মূত্রগ্রহিতে গোলযোগ বাধিবার সম্ভাবনা অত্যন্ত অধিক থাকে। সুতরাং এই সময় এই দুইটি অংশের প্রতি বিশেষ সতর্ক দৃষ্টি রাখা প্রয়োজন। আরও একটা ভয়ের কথা—অধিকাংশ ফুল ব্যক্তিই বহুমূত্র রোগে আক্রান্ত থাকেন, অথচ সকল সময় তাহার অস্তিত্ব ইহার বৃদ্ধিতে পারেন না। কোন কোন ফুল ব্যক্তির মধ্যে টিউবারকিউলোসিসের প্রাথমিক অবস্থাও দেখা যায়। সে সময় ফুলতা নিবারণের চেষ্টা করিলেই ফল ভয়াবহ হইয়া থাকে। এইরূপ নানা কারণে ফুলতার প্রতীকার অনেক

সময় বিপজ্জনক হইয়া উঠে। সুতরাং কি পরিমাণ আহার্য হ্রাস করিলে দেহে চর্কি জমিবার অবকাশ পাইবে না, অথচ রোগী কোনরূপ দৌর্বল্য অনুভব করিবে না, তাহাও একটা সমস্তার কথা।

নিয়মসম্মতভাবে ব্যায়াম ও পরিমিত আহারই ইহার প্রতীকারের একমাত্র নিরাপদ উপায়। অধিক পরিমাণ খাদ্য গ্রহণ করার একটা দোষ এই যে, তাহার সমস্তটা দেহের সহিত মিশিতে না পারিয়া চর্কির সৃষ্টি হয়। এই চর্কি নাশ করিতে পারিলেই ফুলতা নিবারণ করা সহজ হইয়া আসে।

সকল ফুল ব্যক্তির পক্ষেই একই ব্যবস্থা সমান কার্যকরী হইতে পারে না। প্রত্যেককে বিভিন্ন ব্যবস্থা অবগমন করিতে হইবে। কাহার পক্ষে কিরূপ খাদ্য ও ব্যায়াম প্রশস্ত হইবে, চিকিৎসক পরীক্ষা করিয়া তাহা নির্ধারণ করিয়া দিবেন। অনেকে মনে করেন, স্নানের জলের সহিত সাবান, জীম, স্নানলবণ (bath salt) প্রভৃতি ব্যবহার করিলে ফুলতা নিবারণ সম্ভব হয়। কিন্তু বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকগণের মতে ইহাতে বিশেষ কোন সুফল হইবার সম্ভাবনা থাকে না। অল্প কিছুদিনের জন্য সামান্য উপকার পাওয়া গেলেও, তাহা স্থায়ী হয় না। এমন কোন ঔষধ কিছুই নাই—যাহা স্নান-জলের সহিত মিশ্রিত করিলেই ফুলতা নিবারিত হইতে পারে।

উষ্ণ জলে স্নান করিলে এই ক্ষেত্রে কিছু কিছু উপকার পাওয়া বাইতে পারে। কারণ, ইহাতে দেহের মধ্যে পুষ্টির উপাদান দ্রুত বিস্তার লাভ করিতে পারে না এবং দেহ হইতে জলীয় ভাগ কিছু কিছু নিঃসারিত হইয়া যায়। কিন্তু খাদ্যের পরিমাণ হ্রাস না করিলে, এই উপকারও স্থায়ী হয় না। দেহ যদি কিছু কিছু ভার হ্রাস হয় বটে, কিন্তু সেই সঙ্গে সঙ্গে যদি তৈলাক্ত কোন পদার্থ মালিশ করা হয়, তবে ফল বিপরীত হইতে পারে।

অনেকে ফুলতা হ্রাসের জন্য বিরোচক ঔষধ সেবন করিয়া থাকেন। কিন্তু চিকিৎসকগণের মতে এই উপায় হিতকর নহে। ইহাতে খাদ্যদ্রব্য সহজে দেহ হইতে

বাহির হইয়া বাইতে পারে, কিন্তু বাহ্যের কোন উপকার অনেক স্থলতা নিবারণের জন্য বিপদে থাকায় হয় না। ইহাতে দেহ ক্রমশঃ দুর্বল হইয়া পড়ে। ব্যবস্থা করেন। ইহা বিপজ্জনক। বাহ্যের মলগ্রহীত্বের আকর্ষণ ভোজন করিয়া তাড়াতাড়ি তাহা বাহির করিয়া দেওয়া অপেক্ষা, অন্ন আহাৰ করিয়া তাহা পরিপাক পক্ষেই উপকারী হয়।

করা অনেক গুণে ভাল।



ব্রঙ্কো-নিউমোনিয়া—মুখপথে আয়োডিন Oral administration of Iodine in Broncho-pneumonia

লেখক—ডাঃ শ্রীপ্রমথনাথ সন্ন কান্ন এম, বি,
Chief medical officer, Kalahandi State.

রোগী—একটি ৮ মাস বয়স্ক শিশু। শিশুটি অনিয়মিত অন্ন এবং তৎসহ ব্রঙ্কাইটিসে আক্রান্ত হওয়ার কয়েকদিন সাধারণ কফ: মিক্চার ও মুখপথে ইউকুইনাইন প্রদত্ত হয়। অতঃপর, স্থানীয় কয়েকজন কবিরাজ শিশুকে চিকিৎসা করেন; কিন্তু কোন উপকার হয় নাই। ইহার পর পুনরায় আমি আহূত হই।

এই সময়ে শিশুর জ্বরীয় উত্তাপ ১০৪ ডিগ্রি, শ্বাসকষ্ট, উত্তম কুসুমসেই সম্পূর্ণ রালস শব্দ এবং স্থানে স্থানে দৃঢ়ভূত (Consolidation) অবস্থা বিদ্যমান ছিল।

শিশুর বাসস্থান ম্যালেরিয়াপ্রধান, তজ্জন্ত ইহা ম্যালেরিয়ার সহবর্তী ব্রঙ্কো-নিউমোনিয়া বলিয়া সন্দেহ হইল।

চিকিৎসাঃ—উক্ত ধারণার বশবর্তী হইয়া নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

পিটুইট্রিন ... ১/৪ সি, সি।

একমাত্র। তৎক্ষণাৎ ইঞ্জেকসন করা হইল। ভ্যাসো-মোটর গোলযোগ হেতু শ্বাসকষ্ট দমনার্থ ইহা ইঞ্জেকসন করিলাম।

২। Re.

কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর ... ২ গ্রেন।

এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন ১/৮ সি, সি,।

(১০ ১০০০)

একত্র মিশ্রিত করিয়া, পিচুইটিন ইঞ্জেকসনের ১৫ মিনিট পরে ইহা ইঞ্জেকসন করা হইল। ইঞ্জেকসনের কিছুক্ষণ পরে উত্তাপ ১০২ ডিগ্রিতে নামিতে দেখা গেল।

পরদিন প্রাতে—উত্তাপ ১০১ ডিগ্রি হইয়াছিল, কিন্তু ক্রমশঃ উহা বর্দ্ধিত হইয়া পুনরায় ১০৩ ডিগ্রি হইল। অতঃপুনরায় পূর্বদিনের ত্রায় কুইনাইন ইঞ্জেকসন এবং উত্তেজক কফঃমিক্শচার ব্যবস্থা করিলাম।

তৎপরদিন প্রাতে—পূর্বোক্তরূপে কুইনাইন ইঞ্জেকসন ও উত্তেজক কফঃমিক্শচার এবং সেই সঙ্গে পর্যায়ক্রমে ১ মিনিম মাত্রায় টিং আয়োডিন মিক্শচার আকারে প্রত্যহ ৪ বার করিয়া সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

এইরূপ চিকিৎসায় দুইদিনের মধ্যেই উত্তাপ স্বাভাবিক এবং ব্রুকো-নিউমোনিয়ার লক্ষণ অনেকাংশে উপশমিত হইতে দেখা গেল। আরও ৪।৫ দিন উত্তেজক কফঃমিক্শচার ও টিং আয়োডিন পর্যায়ক্রমে সেবন করায় শিশুটি সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়াছিল।

উল্লিখিত চিকিৎসার সঙ্গে খাঁটি সরিষার তৈল উষ্ণ করতঃ, উহা পানের উপর লাগাইয়া, শিশুর বৃকে পিঠে

কয়েকদিন প্রয়োগ করা হইয়াছিল। এতদ্ভিন্ন, কয়েকদিন বৃকে এন্টিফ্লোজিস্টিন প্রযুক্ত হইয়াছিল।

আয়োডিন সেবনের মধ্যবর্তী সময়ে শিশুটির গাত্রে ঘামাচির ত্রায় (prickly heat like) রাশ্ বাহির হইয়াছিল; কিন্তু ইহা শীঘ্রই অন্তর্হিত হইয়াছিল।

২য় রোগী জনৈক ৪৫ বৎসর বয়স্ক পুরুষ। প্রত্যহ সন্ধ্যাকালে ইহার জরীয় উত্তাপ অত্যধিক বৃদ্ধি হইত। এই সঙ্গে অত্যন্ত সর্দি, প্লীহার সামান্য বৃদ্ধি ও কোষ্ঠবদ্ধ বিদ্যমান ছিল। কয়েকদিন কুইনাইন সেবন করিয়াছিল, কিন্তু জরের গতি পরিবর্তিত বা জর বন্ধ হয় নাই। নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করা হয়।

১। Re.

টিং আয়োডিন ... ১০ মিনিম।

জল ... ১-আউন্স।

একত্র একমাত্রা। প্রত্যহ ৩ মাত্রা সেব্য।

এতদ্ভিন্ন কোষ্ঠ পরিকার করণার্থ ম্যাগ্নেশিয়াম সালফেটের চূড়ান্ত দ্রব (Saturated Solution of Magnesium Sulphate) সেবন করান হয়।

এই চিকিৎসায় ২ দিনের মধ্যেই রোগীর জর বন্ধ ও সর্দি উপশমিত হইয়াছিল। অতঃপর আরও ২।৩ দিন টিং আয়োডিন সেবন করাইয়া আয়রন, আর্সিনিক, সিনকোনা ফেব্রিফিউজ এবং ম্যাগ্নালফ সহযোগে একটা টনিক মিক্শচার দেওয়া হয়।

(Med. R. of R. July 1930, p. 281)

হিষ্টিরিয়ার ফিট নিবারণার্থ ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Rc.

স্পিরিট ইথার কোঃ ... ৪ ড্রাম।

টিং ভেলেরিয়ান এমোনিয়োট ... ৪ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া জলসহ ১ ড্রাম মাত্রায়—বতক্ষণ ফিট নিবারিত না হয়, ততক্ষণ ১৫ মিনিট অন্তর সেব্য।

(Bartholow)

ম্যালেরিয়াজনিত দৃষ্টিহীনতা

Destitue of the sence of Sight due to Malaria

লেখক—ডাঃ শ্রীসতীশচন্দ্র চক্রবর্তী C. O. P. S.

ফুলকুমার—রঙ্গপুর

—:—:—

রোগী—হিন্দুযুবক ; বয়ঃক্রম ১৪।১৫ বৎসর। গত ৬ই কার্তিক (১৩৩৫) এই রোগীর অরের চিকিৎসার্থ আমি আহত হই।

বর্তমান অবস্থাঃ—রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

- (ক) উত্তাপ ১০২ ডিগ্রি ;
- (খ) নাড়ী ক্ষীণ ও দ্রুত ;
- (গ) জিহ্বা শ্বেতবর্ণের ময়লাবৃত ;
- (ঘ) শ্বাস প্রশ্বাস দ্রুত ;
- (ঙ) প্রীহা অত্যন্ত বিবর্তিত ;
- (চ) অত্যন্ত পিপাসা—পুনঃ পুনঃ জল চাহিতেছে।
- (ছ) চক্ষে কিছুই দেখিতে পাইতেছে না।
বাহ্য দৃষ্টিতে চক্ষুর কোন অস্বাভাবিকত্ব দেখা গেল না। কেবল চক্ষুতরকা প্রসারিত দৃষ্ট হইল।

(জ) কোষ্ঠবদ্ধ।

পূর্ব ইতিহাসঃ—৩ দিন পূর্বে প্রাতে রোগীর তদানক শীত করিয়া অর হইয়াছিল। বিকালে অরীয় উত্তাপ কম পড়ে। কল্যাণ অর হইয়া অরীয় উত্তাপ খুব বেশী হইয়াছিল। অরের সঙ্গে সঙ্গে রোগী চক্ষে কিছুই দেখিতে পাইতেছে না, বলে।

সিদ্ধান্ত ও চিকিৎসাঃ—রোগীর এই রোগ “ম্যালেরিয়া অরের উত্তাপাধিক্য জনিত রেটিনার

রক্তস্রাব হেতু (Retinal haemorrhage due to hyperpyrexial malaria—*Vide Stitt's Tropical Disease*) বলিয়া সিদ্ধান্ত করতঃ নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

১। Re.

কুইনাইন বাইহাইক্লোরাইড ... ৫ গ্রেণ।
রি-ডিষ্টিল্ড ওয়াটার ... ২ সি, সি,।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

২। Re.

সোডি সাইট্রাস ... ১০ গ্রেণ।

সোডি বেঞ্জোয়াস ... ১০ গ্রেণ।

স্পিরিট ইথার নাইট্রিক ২০ মিনিম।

টাং কার্ভেমম কোঃ ... ২০ মিনিম।

ডিজিফোর্টিস (P. D. Co.) ২ মিনিম।

স্পিরিট এমোন এরোম্যাট ২০ মিনিম।

একোয়া ক্লোরোফর্ম এড ১ আউন্স।

একত্র একমাত্র। এইরূপ ৬ মাত্র। প্রতিমাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৩। Re.

হাইড্রার্ক বাইকার্ক ... ১/৪ গ্রেণ।

সোডি বাইকার্ক ... ৫ গ্রেণ।

একত্র এক মাত্র। এইরূপ ৮ মাত্র। প্রতি মাত্রা ১৫ মিনিট অন্তর সেব্য।

৪। মাধায় শীতল জলের পটা দেওয়ার ব্যবস্থা করা হইল।

৫। পিপাসা নিবারণার্থ ডাবের জল ও গ্লুকোজ ওয়াটার (Glucose water) ব্যবস্থা করিলাম।

এই কার্তিক ঠাতে :—

- (ক) উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি ;
 (খ) কল্য এবার দাস্ত হইয়াছে ;
 (গ) পেটফাঁপা নাই ;
 (ঘ) নাড়ী পূর্বাপেক্ষা সবল ও ধীর
 গতিবিশিষ্ট ,
 (ঙ) শ্বাসপ্রশ্বাস প্রায় স্বাভাবিক ।
 (চ) অন্যান্য অবস্থা পূর্ববৎ ;
 (ছ) দৃষ্টিহীনতা পূর্ববৎ ;

ব্যবস্থা :—অণু নিয়ন্ত্রিত ব্যবস্থা করিলাম—

৬। Re.

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ...	৩ গ্রেণ।
এসিড এন, এম ডিল ...	৫ মিনিম।
টাং নক্সডমিকা ...	২ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরোফরম ...	১৫ মিনিম।
টাং ডিজিটেলিস ...	২ মিনিম।
একোয়া এনিথি ...	এড ১ আউন্স।

একত্র একমাত্র। এইরূপ ৮ মাত্র। প্রতি মাত্রা
তিন ঘণ্টান্তর সেব্য।

৭। Re.

ক্যালসিয়াম ল্যাক্টেট ...	৫ গ্রেণ।
---------------------------	----------

একমাত্র। প্রত্যহ দুইবার সেব্য।

পথ্য—ডাবের জল, মুকোজ ওয়াটার ও হুগ্গসাণ্ড।

৯ই কার্তিক—রোগীকে দেখিলাম, সম্পূর্ণ সুস্থ ;
 অন্য কোন উপসর্গই নাই। কল্য জ্বর হয় নাই, অণুও
 রোগী ভাল আছে। ক্ষুধা হইয়াছে। কিন্তু দৃষ্টিহীনতা
 পূর্ববৎই আছে। ঔষধ পূর্ববৎ।

১০ই কার্তিক—অণু অন্ন পথ্য দেওয়া হইল।

দৃষ্টিহীনতার জন্য রোগীর শিতা অত্যন্ত ব্যস্ত হইয়া পড়ায়
 রক্তপূরের সুবিধ্যাত চক্ষু চিকিৎসক পরলোকগত
 ডাঃ চাক্রবর্ত্ত মুখোপাধ্যায় L. M. S. মহাশয়ের দ্বারা
 রোগীর চক্ষু পরীক্ষা করা হইবার জন্য রোগীকে লইয়া রক্তপূর
 যাওয়া স্থির করিলাম।

২৫শে কার্তিক রোগীকে লইয়া রক্তপূর যাওয়া
 গেল। চাক্রবর্ত্ত পরীক্ষা করিয়া বলিলেন যে, “রেটিনার
 রক্তশ্রাব” (retinal haemorrhage) হেতুই এইরূপ
 দৃষ্টিহীনতা উপস্থিত হইয়াছে। ইহা আরোগ্য হওয়া সময়
 সাপেক্ষ। অতঃপর তিনি নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলেন—

১। Re.

পটাস আয়োডাইড ...	৫ গ্রেণ।
স্পিরিট এমেন এরোম্যাট ...	১৫ মিনিম।
লাইকর আসেনিকেলিস ...	২ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরোফরম ...	১৫ মিনিম।
একোয়া ...	এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্র। এইরূপ ৮ মাত্র। প্রত্যহ ২ বার
 সেব্য।

২। Re.

কুইনাইন হাইড্রোক্লোরাইড ...	৫ গ্রেণ।
ক্যালসিয়াম ল্যাক্টেট ...	১৫ গ্রেণ।

একত্র এক পুরিয়া। প্রত্যহ প্রাতে: এক পুরিয়া
 সেব্য।

দুই মাস এই দুই প্রকার ঔষধ সেবনে রোগীর
 দৃষ্টিশক্তিহীনতা দূরীভূত হইয়া রোগী স্বাভাবিক দৃষ্টি লাভ
 করিয়াছিল। এখনও রোগী ভাল আছে।

পুরাতন গণোরিয়ায় সিল্ভার নাইট্রেট

Silver nitrate in Chronic Gonorrhœa.

লেখক—ডাঃ শ্রীমন্মথনাথ পালশি এল, এম, এফ,

আর কে, তপোবন হাঁসপাতাল,

ধারচুলা, আলমোড়া, (হিমালয়)।

—•):•:(—

সাধারণের বিশ্বাস যে, পুরাতন গণোরিয়া ডাক্তারী চিকিৎসায় কখনও আরোগ্য হয় না। এই ভ্রান্ত ধারণার বশবর্তী হইয়া অনেকেই টোটকা টুটকি ও অনভিজ্ঞ কবিরাজের শরণাগত হন। এইরূপে কয়েকবার প্রতারণিত হইয়া অবশেষে স্থির সিদ্ধান্ত করেন যে “এ রোগের ঐতিকার নাই।” সুতরাং আর চিকিৎসা করান আবশ্যক বিবেচনা না করিয়া রোগী জীবনব্যাপী কষ্টে তিলে তিলে মৃত্যু বরণ করিতে থাকেন। কেহ কেহ এই কুৎসিৎ ব্যাধির হাত হইতে রক্ষা পাইবার জন্ত আত্মহত্যাও করিয়া থাকেন।

অভিজ্ঞ ডাক্তার কিংবা কবিরাজের দ্বারা প্রথম হইতেই চিকিৎসিত হইলে, এই ব্যাধি নিশ্চয়ই আরোগ্য হয়। নিয়ে এইরূপ একটি রোগী কিরূপে পূর্ণারোগ্য হইয়াছিল, তাহা জ্ঞাপন করিতেছি।

রোগী : জনৈক বিবাহিত ভূটীয়া যুবক, নাম চন্দ্রসিংহ। বয়ঃক্রম ২৫ বৎসর। গত ১০ই জানুয়ারী এই রোগী হস্পিটালে ভর্তি হয়।

পূর্ব ইতিহাস :—তিন বৎসর পূর্বে কুসঙ্গে মিশিয়া উক্ত যুবক এই ভীষণ ব্যাধির দ্বারা আক্রান্ত হন। ৩৪ বার এ রোগের প্রকোপ হয়। ঠাণ্ডা জিনিষ ব্যবহার ও মুষ্টিবোগের দ্বারা কোন রকমে প্রকোপ কমে। অতঃপর অনেক প্রকার পাহাড়ী জড়ী, বৃত্তি ব্যবহার করিতে থাকে, কিন্তু তাহাতে কোন উপকার না পাইয়া চিকিৎসার্থ হস্পিটালে উপস্থিত হয়।

বর্তমান অবস্থা :—মূত্রনালী সর্বক্ষণ পূঁজে ভরা থাকে। কাপড়ে হল্‌দে হল্‌দে দাগ লাগে। মূত্রত্যাগে সাধারণ কষ্ট হয়। স্নান করিতে অক্ষম। যুবতী স্ত্রীলোক স্পর্শে পাতলা বীৰ্যপাত হয়। শিরোযুগ্ম, চক্ষুর দৃষ্টি হ্রাস প্রভৃতি নানা প্রকার উপসর্গ হওয়ার রোগী খুবই কাতর হইয়া পড়িয়াছে। এই সঙ্গে পরিপাক শক্তিও হ্রাস হইয়াছে। রোগী খুব ক্লান্ত—এমন কি চলিতে কষ্ট অনুভব করে।

মূত্র পরীক্ষা :—মূত্র পরীক্ষায় (Four Glass Test) চারটি গ্লাসেই মূত্র বোলাটে ও আবর্জনাপূর্ণ দেখা গেল। ইহা ছাড়া স্মিয়ার (Smear) পরীক্ষায় গণোকক্কাস, (Gonococcus), ট্রেপ্টোকক্কাস (Streptococcus), বি, কলাই (B. coli), ডিপথিরয়েড (Diphtheroid) ও পাস্ সেল্‌স (Pus cells) পাওয়া গেল।

চিকিৎসা :—প্রথমতঃ একটি ডুস তিন পাইন্ট সিল্ভার নাইট্রেট সলিউশন (১০০০ ভাগে ১ ভাগ—1 in 1000) দ্বারা ভর্তি করিয়া, উহা ৪ ফিট উচ্চে স্থাপন করা হইল। অতঃপর রোগীকে একটা টুলে বসাইয়া, ডুসের রবারের নোজলটি (Nozzle, made of indian rubber) রোগীর মূত্রনালীর মধ্যে প্রবেশ করাইয়া, ডুসের মধ্যস্থ সিল্ভার নাইট্রেট লোসন দ্বারা সুদীর্ঘাধার ধৌত করান হইল। এইরূপে দুই তিনবার

মূত্রাধার (Bladder) ধোত করিয়া মূত্রত্যাগ করিতে আদেশ করিলাম।

দুই চারদিন অভ্যাস করিলেই মূত্রনলীর ফিকটোর (sphincter) পেশী শিথিল করিয়া মূত্রনালী ধোত করিতে শেখা যায়।

এইরূপে একমাস চিকিৎসা করায় মূত্রনালীর পূঁজ একেবারেই অন্তর্হিত হইল। ঐরূপে মূত্রাধার ও মূত্রনালী ধোত করার সঙ্গে নিম্নোক্ত মিক্চারটি প্রত্যহ তিনবার সেবন করিতে দেওয়া হইয়াছিল।

Re.

কোপেবা	...	১ আউন্স।
লাইকর পটাশ	...	২ ড্রাম।
স্পিরিট ইথার নাইট্রিক	...	১ আউন্স।
এক্সট্রাক্ট গিসিরিফা লিকুইড	...	৪ ড্রাম।
সিরাপ একেশিয়া	...	৪ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ, ইহা ২ চামচ করিয়া প্রত্যহ তিনবার সেবা।

এই সঙ্গে প্রটেক্টিক ম্যাসাজ (Prostatic massage) সপ্তাহে দুইবার করা হইত।

উপরিস্থ চিকিৎসায় দেড় মাসে রোগী আরোগ্য হইল। পরে একটী কোপেবা মিক্চার দুমাস খাইতে বলিয়া দিয়া রোগীকে বিদায় দিলাম।

টিবুরামাইন ইঞ্জেকসনে অস্বাভাবিক উপসর্গ Untowards Symptoms after Stiburamine Injection.

লেখক—ডাঃ শ্রীনিধুভূষণ তরফদার M. D. (Homoeo)

L. C. P. S

চিকিৎসা-প্রকাশে ডাঃ শ্রীযুক্ত জ্ঞানচন্দ্র সেনগুপ্ত M. O, মহাশয় তাঁহার পুত্রের কালাজর-চিকিৎসায় “মিনোটিবুরিয়া” ইঞ্জেকসনে অস্বাভাবিক উপসর্গ হইতে দেখিয়া উহা প্রকাশ করিয়াছিলেন। আমি ঐতাবধি বহু কালাজর রোগীর চিকিৎসা করিয়াছি। এন্টিমনি কম্পাউণ্ড, ইউরিনা টিবামাইন, এমিনোটিবুরিয়া, ভনহিডেন, টিবুরামাইন প্রভৃতি ঔষধ ভিন্ন ভিন্ন রোগীতে প্রয়োগ করিয়া তাহার ক্রিয়া লক্ষ্য করিয়াছি। কিন্তু কখনও কোন রোগীতে সাংঘাতিক উপসর্গ ঘটিতে প্রত্যক্ষ করি নাই। অতঃপর যে রোগীর বিবরণ প্রকাশ করিলাম, এই রোগীতে এইরূপ উপসর্গ হওয়ায়, আমার যেরূপ বিশ্বাস জন্মিয়াছে; তাহা পাঠকগণের অবগতির জন্য লিখিলাম। আশা করি,

মাননীয় পাঠকগণ আমার মন্তব্য অনাস্থ্য কি না, তাহা চিকিৎসা-প্রকাশে প্রকাশ করিয়া বাধিত করিবেন।

রোগী ঃ—জৈনিক ১৩।৪ বৎসর বয়স্ক ব্রাহ্মণ বালক। বালকটির ম্যালেরিয়া জরের চিকিৎসায় অক্টো ৪।৬।৩০ তারিখে আমি আহুত হই। ঐ জর অবিরাম প্রকৃতির ছিল। ১৫।১৬ দিন চিকিৎসা করিয়া ঐ জর ত্যাগ করাইয়া কুইনাইন দেই। ৮।১০ দিন আর কোন সংবাদ পাই নাই। পরে জানিতে পারিলাম যে, যদিও প্রত্যহ জর ত্যাগ হইতেছে, কিন্তু ক্রম বর্দ্ধিত মাত্রায় কুইনাইন প্রয়োগ করিয়াও কোন মতে জর বন্ধ হইতেছে না। আমি ১০।৭।৩০ তারিখে ঐ রোগী পুনরায় দেখি। এই সময় রোগীর চোহারা ও বর্দ্ধিত স্নীহা এবং বন্ধুত দেখিয়া

কালার বলিয়া সন্দেহ হইল। সেদিন কোন ঔষধ না দিয়া ৩ ঘণ্টার ধার্মেণ্ডিটার দ্বারা উত্তাপ লইয়া লিথিয়া রাখিতে বলিলাম।

১১ই জুলাই প্রাতে ৪—অন্ত উত্তাপের তালিকা দৃষ্টে স্পষ্টই বুঝা গেল যে, রোগীর চুইবার করিয়া অর হইতেছে। রাত্রি ৩টার সময় অর আসিয়া, তৎপরে দিন বেলা ৯।১০ টার মধ্যে সম্পূর্ণ বিরাম হইয়া, আবার বেলা ৩টার সময় অর হয় এবং এই অর রাত্রি ৯।১০ টার সময় পূর্ণ বিরাম হয়। আমি ঐ দিনই রোগীর রক্ত লইয়া ইউরিয়া টিভামাইন পরীক্ষা করি। তাহাতে উহা পজিটিভ হইল।

১৩।৭।৩০—অদ্য নিয়মিত ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re,

আর্সেনোফেরোটোজ ... ১ বোতল।

জল সহ ১ ড্রাম মাত্রায় ইহা প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

২। Re.

ইউরিয়া টিভামাইন ... ০.০৫ গ্রাম।

ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল। ইঞ্জেকসনের আধঘণ্টা পরে রোগীর কম্প দিয়া অর আসিল। অরীয় উত্তাপ ১০৫.৫ ডিগ্রি হইয়াছিল।

১৪ই, ১৫ই, ও ১৬ই জুলাই ৪—এই তিন দিনই অর বিস্তমান ছিল, তবে প্রত্যহ ২বার করিয়া অরের হ্রাসবৃদ্ধি হইত। প্রত্যহ প্রাতে ৬টা ও সন্ধ্যা ৬টার অরের বৃদ্ধি হইয়াছিল।

দান্ত প্রত্যহ ২ বার করিয়া হইত। কিন্তু বাহ্যের পরে রোগীর পেটে একটা কনকনানি বেদনা অল্প হইত। মাথাধরা ছাড়া অন্য কোন উপসর্গ হয় নাই।

একদৈনিক পথ্যার্জ জলসাপ্ত, আনারস ও কমলালেবু দেওয়া হইয়াছিল।

১৬।৭।৩০—অন্ত প্রাতে অর বিরাম হওয়ার পুনরায় ০.০৫ গ্রাম ইউরিয়া টিভামাইন (ব্রস্কাচারী) ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল। অন্ত ইঞ্জেকসনের একঘণ্টা পরে কম্প

দিয়া অর আসিল। এটদিন অরের সঙ্গে মাথা বেদনা ছিল। তৃতীয় দিনে অর সম্পূর্ণ বিরাম হইয়া অতঃপর আর অর হয় নাই।

২১।৭।৩০—অন্ত প্রাতে ০.০১০ গ্রাম ইউরিয়া টিভামাইন (ব্রস্কাচারী) ইঞ্জেকসন দিলাম। ইঞ্জেকসনের একঘণ্টা পরে সাধারণ শীত করিয়া অর আসিয়া, উত্তাপ ১০১ পর্যন্ত উঠে এবং সন্ধ্যার মধ্যে ইহা রিমিশান হইয়া যায়। এই দিন অর অবস্থায় ৩বার পাতলা দান্ত হইয়াছিল। মাথা বেদনা ছিল না।

২৬।৭।৩০—অন্ত প্রাতে বাধ্য হইয়া ০.১০ গ্রাম টিভামাইন (বেঙ্গল কেমিক্যাল) ইঞ্জেকসন দেই। যে লোককে ইউরিয়া টিভামাইন কিনিতে পাঠাইয়াছিলাম, তিনি টিভামাইন আনিয়া দেন। বোধ হয়, দোকানদার ভুলক্রমে ইউরিয়া টিভামাইনের পরিবর্তে টিভামাইন দিয়াছিলেন। আমিও একই শক্তির ও একই জাতীয় ঔষধ দেখিয়া এবং ঔষধ সহ ডিরেকশন পেপারে কোন রকম মন্দ প্রতিক্রিয়া (bad effect) হয় না লেখা থাকায়, আমি কোন দ্বিধা বোধ না করিয়া, উহাই ইঞ্জেকসন দিলাম।

ইঞ্জেকসনের পরে যন্ত্র পাতি পরিষ্কার করিতেছি; আন্দাজ ৫ মিনিট পরে রোগী বলিল যে, ইঞ্জেকসনের স্থান অত্যন্ত জ্বালা করিতেছে। ইঞ্জেকসন খুব ভাল ভাবেই হইয়াছিল বলিয়া, আমি বলিলাম যে, উহা কিছু নয়। কিন্তু মুহূর্ত মধ্যে রোগী অত্যন্ত ব্যস্ত হইয়া ও ছটফট করিয়া বলিতে লাগিল—“আমার সর্বশক্তি জ্বলিয়া গেল, আমি মরিলাম, আমার শ্বাস বন্ধ হইয়া বাইতেছে, ডাক্তার বাবু! আজ কি ইঞ্জেকসন দিলেন” এই সকল কথা বলার সঙ্গে সঙ্গে তাহার চোঁট দুটি ফুলিয়া উঠিল।

তাহার এইরূপ অব্যক্ত যন্ত্রণা দেখিয়া, পাছে রোগী হার্ট ফেল করে, আমার এই আশঙ্কা হইতে লাগিল। বাহা হউক, তৎক্ষণাতঃ উহার মাথার ও মুখে, চোখে জল দিয়া বাতাস করিতে এবং গায়ে

হাত বুলাইতে বলিলাম। প্রায় ১৫ মিনিট পরে গায়ের আলা কমিল বটে, কিন্তু রোগী “পেট গেল, পেট গেল” বলিয়া চিৎকার করিতে লাগিল। পেটে কি হইল জিজ্ঞাসা করায় বলিল—“পেট খেন খসিলা হাইতেছে”। ইহার পরেই রোগী একবার খানিক শ্লেষ্মা ও জল বমি করিল। শুন্যোদরেই ইঞ্জেকসন দেওয়া হইয়াছিল, সে জন্য কোন খাণ্ড দ্রব্য উঠে নাই।

বমির পর পেটের যন্ত্রণা কমিয়া গিয়া রোগীর শীত করিতে লাগিল ও কম্প দিয়া জর আসিল। ২৩টা লেপ চাপা দিলেও অত্যন্ত কম্প হইতে লাগিল। এই সময় রোগীর নাক ফুলিয়া খুব মোটা দেখাইতেছিল, ঠোঁট দুটিও ফুলিয়া উল্টাইয়া পড়িয়াছে, চক্ষু দুটি খুব লালবর্ণ হইয়াছে। জর আসা দেখিয়া আমি চলিয়া আসিলাম।

এক ঘণ্টা বাদে পুনরায় রোগী দেখিলাম। তখন জর ১০০.১, কম্প বা শীত কিম্বা পিপাসা নাই। চক্ষু ঠোঁট ও নাক পূর্ববৎ ক্ষীত। জিহ্বা এরূপ আড়ষ্ট হইয়াছে যে, কণা বলিতে পারিতেছে না। আর বাম হাতের কজিতে খুব বেদনা হইয়া কনকন করিতেছে। বলা বাহুল্য, ইঞ্জেকসন দক্ষিণ হস্তে দেওয়া হইয়াছিল।

বেলা ১২ টার মধ্যে জর রিমিশন হইয়াছিল। কিন্তু নাকের ফুলা, জিহ্বার আড়ষ্টতা ও বাম কজিতে বেদনা সন্ধ্যা পর্যন্ত বর্তমান ছিল। তৎপর দিন প্রাতে আর কোন উপসর্গ ছিল না।

মন্তব্যঃ—মাননীয় জ্ঞানবাবুর পুত্রের ও বর্তমান রোগীর এই রূপ অস্বাভাবিক উপসর্গ দৃষ্টে ইহাই অনুমান হয় যে,—“যে রোগীকে প্রথম হইতে যে ঔষধ ইঞ্জেকসন করা হয়, তাহা কম মাত্রা থাকার জন্য ক্রমে ক্রমে উহা সহিয়া যায়। পরে বর্দ্ধিত মাত্রায় অল্প ঔষধ কম মাত্রায় প্রয়োগ করিলেও, রোগীর উহা সহ্য করা অসম্ভব হইয়া উঠে। সুতরাং নানাবিধ উপসর্গ প্রকাশ পায়। জ্ঞানবাবুর পুত্রকে প্রথম হইতেই ইউরিয়া টিবামাইন (ব্রকচারী) প্রয়োগ করা হইতেছিল। পরে যে কয় দিন তিনি এমিনোটিবুরিয়া প্রয়োগ করিয়াছিলেন, সেই কয় দিনই বিবিধ উপসর্গ প্রকাশ পাইয়াছিল। তবে তিনি অবশ্যই বলিবেন যে, প্রথম দিন না হয় উপসর্গ উপস্থিত হইল—২য় ও ৩য় দিনে ত হওয়া উচিত নহে। এই তর্কের সমাধান শক্ত। কারণ, ভিন্ন ভিন্ন রোগীকে ভিন্ন ভিন্ন ঔষধ প্রয়োগ করিয়া দেখিয়াছি যে, কালাজরের যে সমস্ত ঔষধ বাহির হইয়াছে, তাহার প্রত্যেকটাই ফলপ্রসূ। তবে ব্রকচারীর ইউরিয়া টিবামাইনকেই আমি শ্রেষ্ঠ স্থান প্রদান করি। কারণ, উহাতে বিষক্রিয়া (toxic action) খুব কম দেখা যায়।

যাহা হউক আমার মতে—যে রোগীকে যে ঔষধ প্রথম হইতে প্রয়োগ করা হইবে, সেই ঔষধই ক্রমবর্দ্ধিত মাত্রায় শেষ পর্যন্ত প্রয়োগ করা কর্তব্য। ঔষধের অভাবে অন্য কেম্পানীর ঔষধ প্রয়োগ করিলে, আমার ভায় কিছুকণের অল্প অশান্তি ভোগ করা অসম্ভব নহে।

কটী বাতে (Lumbago) ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re

স্যালিসিন (Salicine)	...	১৩ গ্রেণ।
পটাশ বাইকার্ব	...	১২ গ্রেণ।
ক্যাফিন সাইট্রাস	...	৬ গ্রেণ।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ১২টী পুরিয়ার বিভক্ত করতঃ প্রত্যাহ ৪টী পুরিয়া সেব্য।

(Citric & Guide)



কটীবাত—Lumbago

লেখিকা—শ্রীমতী লতিকা দেবী M. D. (Homoeo)

H. L. M. P., M. H. C. P.

বাইওকেমিক ও হোমিওপ্যাথিক লেডি ডাক্তার

কলিকাতা

—○:(*)○:—

আমাদের দেশে কটীবাত বা লাষেগোর প্রকোপ অত্যন্ত অধিক। যুবক যুবতী হইতে আরম্ভ করিয়া বৃদ্ধ বৃদ্ধাদের সকলেরই এই পীড়া হইয়া থাকে—বিশেষতঃ, যাহারা সৰ্মদা বসিয়া লেখা পড়া বা অন্য কোনও কার্য করিয়া থাকে।

ইহা বাত ব্যাধির ত্রায় অত্যন্ত যন্ত্রণাদায়ক বেদনা। পৃষ্ঠের নিম্নভাগে—কটীদেশে এই বেদনা হইয়া থাকে। কখন কখন এতৎসহ জ্বরও বর্তমান থাকে।

লক্ষণ—এই পীড়ার প্রধান লক্ষণ কটীদেশে অসহ্য বেদনা ও বেদনার স্থান শাঁটিয়া ধরা এবং উঠা বসা করিতে বেদনার বৃদ্ধি।

অত্যন্ত চিকিৎসায় ইহাতে তেমন ভাল ফল হয় না। মালিশ ইত্যাদিতে সাময়িক কিছু উপশম হইলেও, স্থায়ী উপকার হয় না। কিন্তু বাইওকেমিক চিকিৎসায় অতি নূন্যর স্থায়ী ফল পাওয়া যায়। আমরা বহু স্থানে ইহার উপকারিতা পরীক্ষা করিয়াছি।

চিকিৎসা—ইহার চিকিৎসায় নিম্নলিখিত কয়েকটি ঔষধ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়। যথা—

(১) ফেরাম্ ফস্ :—ইহাই এই পীড়ার শ্রেষ্ঠ ঔষধ। জ্বর এবং অত্যন্ত বেদনায়—বিশেষতঃ, নড়া চড়ায় বেদনা বৃদ্ধি হইলে ফেরাম্ ফস, সত্ত্ব ফলপ্রদ।

শক্তি—২x ৬x, ১২x। দিবসে ৩৪ বার, প্রবল লক্ষণে ১ ঘণ্টান্তর সেব্য।

মাত্রা ৩ গ্রেণ।

(২) ক্যাল্কেরিয়া ফ্লোর :—কোনও কিছুই আপাত লাগিয়া বা তঠাৎ বেদনা হইলে ফেরাম্ ফস্ সহ এই ঔষধ প্রযোজ্য।

(৩) ক্যাল্কেরিয়া ফস্ :—অত্যন্ত ঔষধ সহ এই ঔষধ প্রত্যাহ ২১মাত্রা দিলে শীঘ্র উপকার পাওয়া যায়।

মস্তব্য :—রোগীকে শান্ত স্থিতিভাবে শয্যাগ্রহণ করিতে উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। পথ্যাদি—বিশেষতঃ, জরকালীন তরল ও লঘু হওয়া কর্তব্য। এতদর্থে হরলিক্‌স মল্‌টেড্‌ মিঙ্ক উৎকৃষ্ট পথ্য।

অনেক সময়ে কিডনীর (মূত্রগ্রস্থি) পীড়াজনিত বেদনার সহিত কটীবাতের ভ্রম হইতে পারে। বিশিষ্ট লক্ষণাদির দ্বারা এই উভয় পীড়াকে পৃথক করা কর্তব্য।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২৩শ বর্ষ

ঃ ১৩৩৭ সাল-আশ্বিন ঃ

৬ষ্ঠ সংখ্যা

বিবিধ রোগের প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ ঔষধ

লেখক—ডাঃ শ্রীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ—হুগলী

(পূর্ব প্রকাশিত ৫ম সংখ্যার (ভাদ্র) ২৬১ পৃষ্ঠার পর হইতে)

(৯৩) শিল্পীমাছে কাঁটা মারিলে—লিভাম

যে সকল রোগ বা উপসর্গের চিকিৎসা, চিকিৎসা পুত্রে পাওয়া যায় না ; শিল্পীমাছে কাঁটা মারা তাহাদের মধ্যে অন্ততম। অথচ যাহারা মৎস্ত ধরে কিম্বা মৎস্ত ব্যবসায়ী এবং শিল্পী মৎস্তভোজী গৃহস্থের বধু (সর্বত্র ব্রাহ্মণরা এই মৎস্ত খান না) বা যে ব্যক্তি শিল্পী মৎস্ত বাছিয়া থাকে, সেই সকল লোকের মধ্যে কাহার না কাহার, কোন না কোন সময়ে শিল্পী মাছ দ্বারা আহত হওয়া অনিবার্য্য হয়। ভুক্তভোগী ব্যক্তি অবগত আছেন যে শিল্পী মৎস্ত কাঁটা মারিলে কিরূপ অবর্ণনীয় অসহ্য যন্ত্রণা

হইয়া থাকে। যদিও অনেক সময় 'টোটকা টাট্কা' ঔষধে অথবা যন্ত্রণা সহ্য করিয়া এই উপসর্গের শান্তি হইতে পারে, তথাপি যদি কেহ আমাদের নিকট চিকিৎসার্থ সমাগত হয়, তখন আমরা কি করিব? তখন বই খুলিয়া ঔষধ অন্বেষণ ও নির্বাচন করিতে হইলে, হতাশ হইতে হইবে। কারণ, কোন ইংরাজ গ্রন্থকার শিল্পী (মাগুর, ট্যাংরা, কই প্রভৃতি) মাছে কাঁটা মারিলে কি ঔষধ দিতে হয়, তাহা লিপিবদ্ধ করেন নাই এবং বাঙ্গালা ভাষাতেও কোন গ্রন্থে সে সম্বন্ধে কিছু আলোচনা দেখিতে পাই না।

শ্যামর মাতামহ রাজসাহী জেলার কোনও গওগ্রামে একটি অপ্রশস্ত নদীর ধারে বাস করিতেন। সে আজ

প্রায় ৫০ বৎসরের কথা। ঐ নদীটা বর্ষাকালে অতি প্রবল হুইত কিন্তু গ্রীষ্মকালে শুকাইয়া বাইত। যে সময়ে সামান্য পরিমাণে জল প্রবাহিত হইত, সেই সময়ে নদীর হানে স্থানে বাঁধ দিয়া অনেকে মৎস্য ধরিত। ঐ বাঁধের এক স্থানে ঠিকিধিকিরূপে জল ছাড়িয়া দেওয়া হইত এবং সেই জলের সঙ্গে নানা জাতীয় মৎস্য আসিয়া নির্দিষ্ট স্থানে বা মাছধরা বস্ত্রে আবদ্ধ হইত। ইহাকে সে দেশে “ড্যাওয়া দেওয়া” বলে। এদেশের ‘আড়া বা ড্যাটা’ পাতার মত। আমার মাতামহের একটি চাকর বাড়ীর নীচে সম্মুখেই ‘ড্যাওয়া’ দিয়াছিল। চাকরটি রাত্রে বাড়ী বাইত। একদিন রাত্রে কিরূপ মাছ পড়িতেছে, তাহা দেখিবার জন্ত আমার মাতামহ সেই স্থানে গমন করেন। এখানকার মত তখন হারিকেনের জ্বায় উজ্জল আলোকবিশিষ্ট লঠন ছিল না, চতুর্কোণ লঠনের ভিতরে একটু গোবরের তালের উপর রেড়ির তৈলের মিটমিটে প্রদীপ থাকিত। সেই লঠনের সাহায্যে তিনি দেখিলেন,—অনেক মৎস্য আসিতেছে। তাঁহার বোধ হইল—হঠাৎ এক ঝাক মাগুর মাছ আসিয়া পড়িল। তিনি লোভ সম্বরণ করিতে পারিলেন না, হস্ত দ্বারা সেই সকল মৎস্য ধরিতে আরম্ভ করিলেন। তিন চারিটা ধরার পর তিনি দেখিলেন যে, উহা মাগুর নহে—শিকী এবং তখন তাঁহার হাতে একাধিক শিকী কয়েক স্থানে কাঁটা মারিয়াছে। (রাজসাহী জেলায় শিকী মাছের অল্প একটা নাম আছে, তাহা আমার মনে নাই)। তিনি তখন অসহ্য যন্ত্রণায় অধীর হইয়া পড়িলেন। ইহার প্রতিকারের পন্থা কিছুই জানা ছিল না, অধুচ যন্ত্রণা নিবারণের জন্ত তিনি নানারূপ উপায় অবলম্বন করিতে লাগিলেন। যন্ত্রণায় পাকের ভিতর হস্ত রাখিলেন, তাহাতে ক্ষণিক শান্তি হইল, কিন্তু পরক্ষণে যা’ তাই। অবশেষে বাড়ীতে আসিয়া হস্ত গোময় মাখিলেন, তাহাতেও কিছু হইল না। তখন হস্ত প্রকাশন করিয়া অল্প উপায় চিন্তা করিতে লাগিলেন। সেকালে প্রতি গৃহস্থের গৃহেই একটি হাড়ীতে তুঁষ ও কুঁটের সাহায্যে অগ্নি রাখা হইত, সেই কুঁটের আগুনে

প্রধানতঃ খাঁটি তামাক (বরে প্রস্তুত) খাওয়া হইত এবং গন্ধকের কাটি দ্বারা দীপ জ্বালান হইত। তিনি সেই অগ্নির উত্তাপ হস্তে লাগাইলেন, ক্ষণিক বিরাম ব্যতীত তাহাতেও কিছু হইল না। অনন্তর তৈলমাখা বাটাতে সর্ষপ তৈল ছিল—তাহা হাতে মাখিলেন শান্তি পাইলেন না। গুনরায় সেই তৈল মাখা হাত অগ্নির উত্তাপে দিলেন, এবার আশাতীত উপকার—সঙ্গে সঙ্গে বাতনার নিবৃত্তি হইল। তদবধি তিনি অনেকের নিকটে বলিয়াছিলেন—“হাতে শিকী মাছে কাঁটা মারিলে তৎক্ষণাৎ ঐ হাতে সর্ষপ তৈল মাখাইয়া অগ্নির উত্তাপ লাগাইলে অবিলম্বে বাতনার শান্তি হয়।” আমি কখন ইহা পরীক্ষা করিবার সুযোগ পাই নাই, কিন্তু অনেককে ঐ কথা বলিয়াছি, আজ ‘চিকিৎসা প্রকাশ’ এর মাধ্যমে বলাচরম হইয়া গেল—হাজার হাজার লোকের গোচর করা হইল।

কিন্তু অধিকক্ষণ গত হইলে বা দুই একদিন পরে, কিঞ্চিৎ আঘাতপ্রাপ্ত স্থান ফুলিয়া উঠিলে, ঐ প্রক্রিয়ায় উপকার হয় কি না, তাহা আমি জানি না। উহাতে উপকার হইলেও, রোগী চিকিৎসকের নিকটে আসিলে, যদি শুধু ঐ তৈল মর্দন ও বস্ত্র সেবনের ব্যবস্থা করা যায়, তাহা হইলে চিকিৎসকের লাভ হইল কি? উহা বিনামূল্যের ব্যবস্থা বলিয়া চিকিৎসকের নিকটে সমাদৃত না হইবারও কথা। চাই ঐষধ—বিশেষতঃ, আমাদের ভাঙারে কি আছে, তাহা দেখিতে হইবে। এইরূপ যন্ত্রণা নিবারণে লিডোঅেন্ন বথেষ্ট ক্ষমতা রহিয়াছে। কারণ, স্ট্র'চ, কাঁটা বা তীক্ষ্ণ বিন্দু হইলে, অথবা বিবাক্ত কীট পতঙ্গাদির দংশন বা উহাদের হলবেধ জনিত যন্ত্রণায় লিডোঅেন্ন ক্ষমতা সর্বজন বিদিত ও সর্বত্র প্রসংসিত। চিকিৎসাশাস্ত্রেও ইহা স্পষ্টরূপেই বর্ণিত আছে; সুতরাং শিকী মাছের কাঁটাও ঐ শ্রেণীর অন্তর্গত বলিয়া লিডোঅেন্ন ইহার উৎকৃষ্ট ঐষধ হইতে পারে।

মহানাদের পটলা হুলে নামক এক ব্যক্তির বামহস্তের কনিষ্ঠা ও অনামিকা অঙ্গুলীর সংযোগ হুলে শিকীতে

কাঁটা মারে, তাহাতে তাহার অত্যন্ত যন্ত্রণা হয়—এমন কি, দুঃসহ যন্ত্রণায় রাত্রে একবারও ঘুমাইতে পারে নাই। পরদিন অতি প্রত্যুষে সে আমার নিকটে আসে। তখন তাহার হাতের চোটে অত্যন্ত ফুলিয়া গিয়াছিল, অঙ্গুলিগুলি ক্ষীত, আড়ষ্ট ও অনমনীয় হইয়াছিল এবং যাতনায় সে অস্থির হইতেছিল। তাহাকে ৪ মাত্রা সিডাম ১২, খাইতে দিই। পরদিনে আসিয়া বলে—“যাতনাদি কিছুই নাই, কিন্তু সময় সময় চোটের ভিতরে চিড়িক মারা বেদনা হইতেছে”। সেদিনেও তাহাকে চারিমাত্রা

সিডাম ১২, খাইতে দিই। পরদিনে দেখি—আঘাতপ্রাপ্ত স্থান হইতে পূঁজ বাহির হইতেছে। তখন ঐ স্থানে উষ্ণ গব্য ঘূতের পটি ও ক্ষীত স্থানে নিমপাতার পুনটিশ দিবার ব্যবস্থা করি এবং হিপান্স-সালফার ৬, খাইতে দিই। অতঃপর ঐরূপ ব্যবস্থায় ২৩ দিনে সে সম্পূর্ণ সুস্থ হইয়াছিল।

শিক্ষীমাছের কাঁটার ভীষণ যন্ত্রণা নিবারণে হোমিওপ্যাথিতে যে এমন একটি অব্যর্থ ঔষধ আছে, ইহা কি স্পর্শের বিষয় নহে? ক্রমশঃ)

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক মতে অস্ত্র-চিকিৎসা

লেখক—ডাঃ জীননীগোপাল দত্ত B. A. M. D. (Homeo)

হোমিওপ্যাথ ও বাইওকেমিক

কৈলাসহর বিভাগ, স্বাধীন ত্রিপুরা রাজ্য

(পূর্ব প্রকাশিত যে সংখ্যার (ভাদ্র) ২৬৩ পৃষ্ঠার পর হইতে)

হোমিওপ্যাথি ও বাইওকেমিক্সিতে অল্পসাধ্য হুরারোগ্য রোগেরও যে, কিরূপ সুফলপ্রদ চিকিৎসা আছে; তাহা দেখাইতে হইলে আমাকে আরও কিছু লিখিতে হইবে।

দৃষ্টান্ত স্বরূপ প্রথমই পাথরী রোগের বিষয় বলিব।

(১) মূত্রাশ্মরী বা মূত্র-পাথরী (Renal calculi) গু—এই পাড়া যে কি অব্যক্ত যন্ত্রণাদায়ক, তাহা ভুক্তভোগী ভিন্ন অস্ত্র কেহ বলিতে পারেন না। এই পাড়ায় প্রথমতঃ মূত্রগ্রন্থির মধ্যে পাথরী (Stone in Kidneys) উৎপন্ন হইয়া বহুকাল বিশেষ কোনও বেদনার উদ্বেক না করিয়াও, তথায় রুদ্ধ অবস্থায় থাকিতে পারে। কিন্তু মূত্রগ্রন্থি হইতে মূত্রনালী (ureter) মধ্যে পাথরী আসিয়া পড়িলে, কোমর হইতে অণুকোষ পর্যন্ত এক প্রকার অসহ্য বেদনার সৃষ্টি করিয়া রোগীকে একেবারে

অস্থির করিয়া ফেলে। এই অবস্থায় নানা প্রকার কুলক্ষণ, যথা—কম্প, বমন, ঘর্ম, হিমাঙ্গ (Collapse), মূত্রবিকার (uræmia), আক্কেপ (Convulsions) প্রভৃতি উপসর্গ দেখা দিয়া, রোগী ও তাহার আত্মীয়স্বজনের মনে একটা ভয়ানক আতঙ্ক ও ভীতির সঞ্চার করিয়া থাকে।

কোন কোনও সময় আবার মূত্রাশয়ে পাথরী (Cystic Calculus or Stone in the bladder) স্বতঃ উৎপন্ন হয়। তবে প্রায় ক্ষেত্রেই মূত্রগ্রন্থিতে পাথরী উৎপন্ন হইয়া মূত্রাশয়ে আসিয়া থাকে; পরে তথা হইতে মূত্রের সহিত নির্গত হইয়া যায়। মূত্রগ্রন্থি হইতে যখন এই পাথরী গুলি বাহির হইতে থাকে, তখন একরূপ অসহ্য বেদনা হয় যে, তাহা যিনি একবার ভুগিয়াছেন; তিনি কখনও উহার স্মৃতি ভুলিতে পারিবেন না। একরূপ স্থলে অস্ত্রচিকিৎসা যে

অত্যাধিক পানী, তাহাতে আর সন্দেহ নাই। অশ্মরীচূর্ণকরণ (Lithotritry) বা অশ্মরীউচ্ছেদ (Lithotomy), এই দুইই একেত্রে বিশেষ প্রাশংসার সহিত কার্য্য করিয়া থাকে। কিন্তু যদি কোনও চিকিৎসা-বিজ্ঞানে এমন কোনও ভেদ থাকে—যদ্বারা এই অশ্মরীচূর্ণকরণ বা অশ্মরীউচ্ছেদ কার্য্য করা বাইতে পারে, তবে আর মিছামিছি অস্ত্রোপচার দ্বারা রোগীকে বাতনা দেওয়ার কি প্রয়োজন? এরূপ অবস্থায় আমাদের হোমিওপ্যাথিক ঔষধ—বার্কোরিস্, ক্যালকেরিয়া কার্বনিকা, ক্যাছারিস, চায়না, লাইকোপোডিয়াম্, সার্সাপেল্লা, লিথিয়াম্ কার্বনিকাম্ ও বাইওকেমিক ঔষধ—ম্যাগ্‌ফস, ক্যালকেরিয়া ফসফরিকা, নেট্রাম ফসফরিকাম, ক্যালকেরিয়া সালফিউরিকাম, ও সাইলিশিয়া প্রভৃতি বিশেষ কার্য্যকরী হইয়া থাকে। আমাদের এলোপ্যাথিক ভ্রাতৃবৃন্দ একেত্রে পাথরীচূর্ণ করণ বা অশ্মরীউচ্ছেদ করার মত সুবিধা না হওয়া পর্য্যন্ত, বাধ্য হইয়া ‘মর্ফিয়া’ প্রভৃতি বেদনানিবারক ঔষধের সাহায্য গ্রহণ করিয়া থাকেন। কিন্তু কয়েক ফোঁটা হোমিওপ্যাথিক ঔষধ কিরূপ আশ্চর্য্যভাবে পাথরী নির্গমনের সাহায্য এবং অব্যক্ত যন্ত্রণা দূরীভূত করে, তাহা পরমশ্রদ্ধাভাজন স্বনামখ্যাত চিকিৎসক ফ্যারিস্টনের (Clinical materia medicaতে) লিখিত নিম্নোক্ত মন্তব্যটি পাঠ করিলেই, তাহা বুঝিতে পারিবেন এবং আর হোমিওপ্যাথিক ঔষধ সম্বন্ধে কেহ বিরুদ্ধমত প্রকাশ করিতে ইচ্ছুক হইবেন না।

ডাঃ ফ্যারিস্টন “ক্যাছারিস” সম্পর্কে যাহা লিখিয়াছেন, তাহার বক্তাবাদ নিয়ে প্রদত্ত হইল।

“মূত্র-পাথরী নির্গমনের সময় যখন অব্যক্ত যন্ত্রণা উপস্থিত হয়, তখন ক্যাছারিস একটি অতি মূল্যবান ঔষধ। এই মতের বিরুদ্ধে তর্কহলে অনেকেই বলিয়াছেন যে—“তথু আভ্যন্তরিক হোমিওপ্যাথিক ঔষধ সেবনের ফলে পাথরী নির্গমনকালীন যন্ত্রণার অবসান করার কথা নিভান্তই সূত্র। কারণ, মূত্রনালী একটি অতিশয় সুস্থ নলবিশেষ। কিন্তু পাথরী অপেক্ষাকৃত একটি বড় বস্তু—

কাজেই ইহা অস্বক্রিয়াসম্বন্ধ যন্ত্রণা ব্যাতিরেকে কখনও নির্গত হইতে পারে না।” কিন্তু অভিজ্ঞ চিকিৎসকগণের অভিজ্ঞতার ফলে জানা যায় যে, এই পীড়ায় উপযুক্তভাবে “ক্যাছারিস” কিম্বা অস্ত্র যে কোনও একটি নির্বাচিত ঔষধ অত্যাশ্চর্য্যভাবে ক্রিয়া দশাইয়া বড় বড় পাথরীর টুকরা পর্য্যন্ত নিঃসৃত করিয়াছে।”

বিখ্যাত ডাক্তার হিউজেস্ বলেন—“মূত্র-পাথরী ও পিত্ত-পাথরী, উভয় প্রকার পীড়াতেই অমল যন্ত্রণার সময় যখন (বেদনার ধমকে) রোগীকে ঘর্ষাজ্ঞ কলেবর হইতে দেখা যায়; তখন “ক্যালকেরিয়া কার্ব ৩য় ক্রম (উপকার না হইলে ২০০ ক্রম) মাত্র ২।১ মাত্রা সেবনে এত উপকার হয় যে—ক্রোরাফরম, মর্ফিয়ারও কোন দরকার হয় না”

পিত্তাশ্মরী (Gall-Stone) :—সুবিখ্যাত ডাক্তার হাসন বলেন—“অতিরিক্ত বাত সঞ্চয়জনিত পিত্তশূলে (Gall-Stone colic) মেছাপিপারিটা (Mentha-Piperita) দ্বারা আশ্চর্য্য ফল পাওয়া যায়। কোনও চিকিৎসক বলেন—“একটি জীলোকের ভয়ানক যন্ত্রণাদায়ক পিত্তশূল বেদনা উপস্থিত হয়। তিনি ক্যালকেরিয়া, বার্কোরিস, কাডুয়ান্ প্রভৃতি ঔষধ ব্যবহার করিয়া কিছুই ফল না পাইয়া শেষে উক্ত ডাঃ হাসনের মতের উপর নির্ভর করিয়া মেছাপিপারিটা ৬ম ক্রম প্রয়োগ করেন, তাহাতে ৫ পাঁচ মিনিটের মধ্যেই তাহার সমস্ত যন্ত্রণার এককালীন উপশম হয়।”

যাহারা প্রায়ই পাথরী পীড়ার অব্যক্ত যন্ত্রণা ভোগ করেন, তাঁহারা প্রতি মাসে একবার করিয়া লাইকোপোডিয়াম—১০০০ ক্রমের ২টি গ্লোবিউল্‌স্, আথ আউল ডিষ্টিল্ড ওয়াটারে মিশাইয়া সেবন করিলে অনেক দিন পর্য্যন্ত ভাল থাকিবেন। ডানদিকের মূত্রগ্রন্থি (কিড্‌নী) হইতে বেদনা হইলে ইহা আরও অধিক উপকারী।

(৩) **সিস্টিক টিউমার (Cystic tumour) :**—কলিকাতা শিদিরপুরের মাননীয়

সহকারী ডাঃ শ্রীযুক্ত নারায়ণ চন্দ্র ঘোষ এম, ডি (U.S.A.) মহাশয় তৎপ্রণীত “কম্পারেটিভ মেটরিয়া মেডিকা” পুস্তকে, তাঁহার নিজের একটি দুরারোগ্য অস্ত্র-চিকিৎসাসাধ্য সিস্টিক টিউমারের চিকিৎসা-বিবরণ উল্লেখ করিয়াছেন। এতাদৃশ হুঃসাধ্য পীড়ায় হোমিওপ্যাথিক ঔষধে কিরূপ আশ্চর্যজনক ফল হইয়াছিল, তাহা প্রদর্শনার্থ এই বিবরণটি উদ্ধৃত করিবার প্রলোভন তাগ করিতে পারিলাম না।

মাননীয় নারায়ণ বাবু, তৎপ্রণীত মেটরিয়া মেডিকার ৫৭০ পৃষ্ঠায় লিখিয়াছেন—

“এক সময় আমি সিস্টিক টিউমার (Cystic tumour) পীড়ায় আক্রান্ত হই। টিউমারটি ঠিক বাম স্ত্যাপুলা অস্থির নিম্নে উৎপন্ন হয়। উহা প্রথমে একটি সুপারির মত হয়, কিন্তু দুইমাস পরে উহা একটি বড় বেলের আকার ধারণ করে। ইহা শীঘ্র শীঘ্র বর্দ্ধিত হইতে থাকায়, আমি কতিপয় উচ্চ পদবীধারী এলোপ্যাথিক চিকিৎসকের পরামর্শ গ্রহণ করি। তাহাতে তাঁহারা সকলেই একবাক্যে অস্ত্রচিকিৎসা করিতে হইবে বলিয়া অভিমত প্রকাশ করেন। মেডিক্যাল কলেজে দেখান হইলে, তত্ত্ব্য হাউস সার্জন একমাস পরে অস্ত্রচিকিৎসার সময় নির্ধারণ করেন। একদিন ভগবানের অনুগ্রহে মেসার্স রালী ব্রাদার্স’ অফিসের গানি (Gunny) ডিপার্টমেন্টের বড়বাবু শ্রীযুক্ত সত্যচরণ মিত্র মহাশয়কে কথায় কথায় আমার ঐ পীড়ার কথা ও তজ্জন্ত আমাকে অস্ত্রচিকিৎসার সাহায্য গ্রহণ করিতে হইবে বলায়, তিনি তৎক্ষণাৎ উপপোক্ত অভিমত পরিত্যাগ করিয়া নিম্ন প্রস্তাবে

অর্থাৎ হোমিওপ্যাথি চিকিৎসায় আমাকে কিছুদিন থাকতে বলিয়া, উপদেশক্রমে একটি গল্প বলেন। তাহার সার মর্ম—“নিজ ধর্ম মৃত্যু প্রেয়ঃ, পরধর্মে অমরতাও হয়”। ইহাতে আমার মনের গতি পরিবর্তিত হইল, আমি সেই দিনই কলিকাতা ১০২নং দুর্গাচরণ ডাঃ’র রোডস্থ হৃন্দদর্শী সুবিখ্যাত হোমিওপ্যাথ ডাঃ ডি, এন, ব্যানার্জি এম্, বি, মহাশয়কে আমার পীড়ার বৃত্তান্তটি অবগত করাই। তাহাতে তিনি বলেন—“তুমি ফস্ফরাসের রোগী (phosphorus patient) এবং ক্যালকেরিয়া টিউমারের ঔষধ; অতএব তোমার ধাতুতে—“ক্যালকেরিয়া ফস্ফ” এই পীড়ার ঔষধ। আমি তাহার পরদিনই ক্যালকেরিয়া ফস্ফ ২০০শ শক্তি একমাত্রা সেবন করি। উহা সেবনের ১ সপ্তাহ পরে দেখা গেল, টিউমারটির আকার অর্ধেক কম হইয়াছে। ১৫ পনের দিন পরে উক্ত ঔষধ আর একমাত্রা সেবন করি, তাহাতে সামান্য মাত্র ক্ষীতি অবশিষ্ট থাকিয়া যায়। অবশেষে উক্ত ডাক্তার বাবুর ব্যবস্থানুযায়ী—সন্ধ্যাকাল ২০০ প্রম একমাত্রা সেবন করি। ইহার ৮, ১০ দিন পরেই টিউমারটি সম্পূর্ণ অদৃশ্য হয়। বলা বাহুল্য, সেই সময় হইতে হোমিওপ্যাথিতে আমার আরও অধিক শ্রদ্ধা বাড়িয়া যায় এবং আমি যে কলেজ-সার্জন সাহেবের শাগিতি অস্ত্রের কোপ হইতে সে বাত্না পরিত্রাণ পাইলাম, তজ্জন্ত ঐশ্বরকে সহস্র পূজাবাদ প্রদান করি।”

(ক্রমঃ:)

চক্ষের কর্ণিয়ার ক্ষতে কোনারাম

Conium in Ulcer of Cornea

ডাঃ—এ, ওয়াসদ দ এম, বি, (Homoeo)

নরসিংদি, ঢাকা।

————— •):*†*†*†:• —————

গত ভাদ্র মাসে চুখালা গ্রামে একটা চক্ষের ক্ষতযুক্ত রোগী দেখিতে আহৃত হই। আমি গিয়া নিম্নলিখিত লক্ষণসমূহ সংগ্রহ করিলাম।

রোগী—৩ বৎসর বয়স্ক একটা বালক। কয়েকদিন পূর্বে তাহার হামজ্বর হইয়াছিল। বিনা ঔষধেই তাহা সারিয়া যায়। ইহার কিছুদিন পরই তাহার বাম চক্ষুটা লাল হয় ও ফুলিয়া উঠে। ক্রমে চক্ষুটা একেবারে বন্ধ হইয়া যায়। চক্ষের পাতা জোর করিয়াও খুলিতে পারা যায় না। রোগী আপাদমস্তক কাপড় দিয়া ঢাকিয়া পড়িয়া থাকে। কাহাকেও দেখাইতে দেয় না। তাহার একজন প্রতিবেশী অতিকষ্টে চক্ষুটা খুলিয়া দেখেন যে, চক্ষের কাল অংশে (Cornea) পূঁজ জমিয়া চক্ষুটা নষ্ট হইবার উপক্রম হইয়াছে। অতঃপর আমি আহৃত হই।

আমি উপরোক্ত লক্ষণে **হিপার সাল্ফ ২০০** (Heper Sulph 200) একমাত্রা ও শ্রাক: ল্যাক ৩ ঘণ্টাস্তর সেবনার্থ পর পর দুই দিনের উপযোগী উহা দেই।

২ দিন পরে গিয়া দেখি—কোনই উপকার হয় নাই, ক্ষত আরো বাড়িয়া বরং চক্ষুটা নষ্ট হইবারই সম্ভাবনা দেখা বাইতেছে। আমি তখন একমাত্রা শ্রাক: ল্যাক দিয়া, ৩ ঘণ্টা পরে আমার ডাক্তারখানায় ঔষধ আনিতে লোক পাঠাইতে বলিয়া আসিলাম।

ডাক্তারখানায় আসিয়া ডাঃ ওয়াসের ‘লিডার্ন’ পুস্তকখানি লইয়া পড়িতে পড়িতে দেখিলাম—কোনারাম

সম্বন্ধে লিখিত আছে— “There is a form of ophthalmia in strumous subjects which calls for conium in preference to any other remedy and the peculiar prominent and uncommon (as Hannemous says in organon) Symptoms of photophobia intence out of all Proportion to the objective signs of inflomation in the ey.” এতদ্ব্যতী আমি যেন অকুলসাগরে কুল পাইলাম। ঔষধ লইতে লোক আসিলে আমি **কোনারাম ২০০**, একমাত্রা ও ৪টা শ্রাক: ল্যাক পাউডার দিয়া, উহা ৩ ঘণ্টা পর পর খাওয়াইতে বলিয়া দিলাম।

পরদিন গিয়া বাহা দেখিলাম, তাহাতে আশ্চর্য্য না হইয়া থাকা যায় না। দেখিলাম—ছেলেটা বসিয়া আছে, চক্ষে পূঁজ নাই। তাহার মা বলিলেন,—“কাল সন্ধ্যা হইতে আজ প্রাতঃকাল পর্যন্ত প্রচুর পূঁজ পড়িয়া চক্ষু পরিকার হইয়া গিয়াছে”। অগ্ন আর কোন ঔষধ না দিয়া কেবল শ্রাক: ল্যাক ৪ দিনের জন্ত দিয়া, প্রত্যহ উহা ৩ বার সেবনের উপদেশ দিলাম। পরে সংবাদ পাইলাম—ছেলেটা ভালই আছে।

কয়েক দিন হইল, আমি ঐ গ্রামে একটা রোগী দেখিতে গিয়া ঐ ছেলেটিকে দেখিয়া আসিলাম। চক্ষের কোন দোষ নাই। দেখিলে মনে হয় না যে, কোন দিন তাহার চক্ষে ক্ষত হইয়াছিল।

জুগিসে—ভেরেট্রাম এলবাম Veratrum Album in Jaundice.

লেখক—ডাঃ শ্রীহরেন্দ্রকুমার দাস H. M. B.

জিনাদী ইউনিয়ন বোর্ড দাতব্য চিকিৎসালয়, ঢাকা।

—:—:—

রোগিণী—মাঝেরচর নিবাসী জনৈক স্ত্রীলোক; বয়স ২৫।২৬ বৎসর। দশ মাস গর্ভাবস্থায় রোগাক্রান্ত হইয়া প্রসবের ৬ দিন পূর্বে আমাকে আহ্বান করেন। আমি হাইয়া নিয়লিখিত অবস্থা দেখি।

বর্তমান অবস্থা :—গাত্রচর্ম, নখের মূলভাগ এবং চক্ষের খেতাংশ হরিদ্রাবর্ণ; মুত্র হরিদ্রা বর্ণবিশিষ্ট, উহার পরিমাণ স্বল্পতর এবং দিনে মাত্র দুইবার প্রস্রাব হয়। শরীর শোণযুক্ত ও পাণ্ডুবর্ণ; কোষ্ঠবদ্ধতা; অরুচি; ক্ষুধাহীনতা; শিরোবুর্নন; মুখে তিক্তাস্বাদ; অতিশয় দুর্বলতা। রোগিণী যাহা দৃষ্টি করেন তাহাই হরিদ্রাবর্ণ দেখেন। রাত্রে সামান্য জ্বর হইয়া এবং প্রাতঃকালে ঘর্ম হইয়া জ্বর ত্যাগ হয়। ঘর্ম যে বস্ত্রে লাগে, তাহাতে হরিদ্রাবর্ণের দাগ পড়ে। রাত্রে সময় সময় যকুতে স্বেচ্ছিকবৎ বেদনা হয়।

উল্লিখিত লক্ষণাদি দৃষ্টে ৬ শক্তির মার্ক-সল (Mero. sul) দৈনিক তিন মাত্রা হিসাবে দুইদিনের জন্ত ৬ মাত্রা ঔষধ দিয়া আসিলাম।

দুইদিন পরে সংবাদ পাইলাম যে, অবস্থার কোন পরিবর্তন হয় নাই। পুনরায় উক্ত ঔষধই ৩০ শক্তির দৈনিক তিন মাত্রা হিসাবে দুই দিনের ঔষধ দেওয়া গেল।

৩ দিন এই ঔষধ সেবনের পর দেখা গেল—জ্বর ত্যাগ ও ঘর্ম না হইয়া শরীরের বর্ণ পরিবর্তন ও যকুতস্থানের বেদনা অনেকটা বৃদ্ধি পাইয়াছে। অতঃপর ঔষধ না দিয়া অমৌষধি পুন্নিয়া ৪টী দেওয়া গেল।

পরদিন প্রাতে হাইয়া জানিতে পারিলাম যে, রাত্রি ৮ ঘটিকার সময় রোগিণী একটা কড়া প্রসব করিয়াছেন। প্রসবের পরে রাত্রি 'অনুমান ৪টার সময় হইতে রোগিণীর ফিট হইতেছে। ফিটের সময় রোগিণী মুখাকৃতি বিকট

করিয়া নাকিহুরে উঠরবে অস্পষ্ট ২।১ টি কণা বলিয়াই নিস্তেজ অবস্থায় ক্ষণকাল চুপ করিয়া থাকেন। প্রত্যেকবার ফিটের সময় ঐরূপ করিতেছেন। মাথায় যে গোলাপজ্বলের পটি দেওয়া হইয়াছিল, সময় সময় তাহাও টানিয়া আনিয়া চিবাইতে থাকেন।

রোগিণীকে পরীক্ষা করিয়া দেখিলাম—নাড়ী অতি ক্ষীণ, মুখাকৃতি নীলাভ, কপালে শীতল ঘর্ম এবং পেটফাঁপা বর্তমান আছে। শুনিলাম—অতঃ ৬ দিন যাবৎ বাহি হয় নাই। বাহি বন্ধ আছে, তাহা আমাকে কেহ জানায় নাই। যাহা হউক, অতঃ ১৫ শক্তির ভেরেট্রাম এলবাম (Veratrum Album) তিন মাত্রা দিয়া, উহা ১ ঘণ্টান্তর সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

তিন ঘণ্টা পরে সংবাদ পাইলাম যে, রোগিণীর প্রচুর পরিমাণে দুইবার বাহি হইয়াছে। দান্ত হওয়ার পরই রোগিণীর জ্ঞান হইয়াছে এবং ক্ষুধার কথা বলিতেছে। অতঃপর পথার্থ দুধ-বার্লি, বেদনার রস আঙ্গুর ইত্যাদি ব্যবস্থা করিয়া ভেরেট্রাম এলবাম ১৫ চারিমাত্রা দিয়া, উহা তিন ঘণ্টান্তর সেবনের ব্যবস্থা দিলাম।

ইহা সেবনে ক্রমশঃ বাবতীয় উপসর্গের উপশম হইতে দেখা গেল। অতঃপর উক্ত ঔষধেরই ৫০ শক্তি, দৈনিক তিন মাত্রা করিয়া ৪ দিন সেবনের জন্ত দিলাম। পরে আর ঔষধ দিতে হয় নাই। রোগিণী উক্ত ঔষধেই সম্পূর্ণ আরোগ্যলাভ করিয়াছিলেন।

মন্তব্য :—যে কোন রোগে কপালে শীতল ঘর্ম, মুখের রং পাণ্ডুবর্ণ নাড়ী ক্ষীণ এবং জলবৎ ভেদ প্রভৃতির সঙ্গে কোল্যাপ্স (Collapse) লক্ষণ দৃষ্টে, ভেরেট্রাম এলবাম (Veratrum Album) বৈকল্প কার্য্যকরী, উক্ত লক্ষণসহ কোষ্ঠবদ্ধতা ও জুগিসে উহা তদনুরূপ উপকারী।

নিউমোনিয়ার ল্যাকেসিস্

Lachesis in Pneumonia.

লেখক—ডাঃ শ্রীরামকিশোর শীল B. H. M. S.

আগিয়া—(ময়মনসিংহ)

—(*)(*)—

রোগী--টঙ্গিরভিটা গ্রামের জনৈক মুসলমান বালক; বয়স্ক্রম ১০।১২ বৎসর। গত ২২শে আষাঢ় (১৩৩৬) তারিখে আমি এই রোগীর চিকিৎসার্থ আহৃত হই। রোগীর পূর্ব ইতিহাস বেরূপ শুনিয়াছিলাম এবং রোগীকে বেরূপ অবস্থায় দেখিয়াছিলাম, নিয়ে তাহা উল্লিখিত হইল।

পূর্ব ইতিহাসঃ--জানিতে পারিলাম যে, কয়েকদিন পূর্বে রোগীর জ্বর ও কাশি হইয়াছিল। অতিরিক্ত কুইনাইন প্রয়োগে জ্বর বন্ধ হয়, কিন্তু কাশির কোন উপশম না হইয়া, ক্রমে উহা বৃদ্ধি পাইয়া বর্তমান অবস্থায় পরিণত হইয়াছে।

বর্তমান অবস্থাঃ--জ্বর ১০৫ ডিগ্রী, নাড়ীর গতি মিনিটে ১৩২ বার, শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা ৪২ বার। বকের বাম পার্শ্বে ভয়ঙ্কর বেদনা। কাশির সহিত লৌহ মরিচাবৎ শ্লেষ্মা নির্গত হইতেছে। বক্ষ পরীক্ষায় বাম ফুস্ফুসে ফাইন ক্রিপিটেশন শব্দ পাওয়া গেল। **জিহ্বা ও দন্তের মাড়ী** যোৱ বেগুণী রং প্রাপ্ত করিয়াছে, দেখিয়া অল্প নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

ল্যাকেসিস্ ৩০, ... ৪ মাত্রা।

দিনে তিনবার সেবন করিতে বলিলাম।

২৩।৩।৩৬--অল্প সংবাদ পাইলাম, জ্বর কতকটা কম পড়িয়াছে, বক্ষ বেদনাও ততটা প্রবল নাই।

কাশিও বৎসামাত্র কম পড়িয়াছে। অল্প ল্যাকেসিস্ ৩০ শক্তি, ৩ মাত্রা দিয়া উহা দিনে তিনবার সেবনের ব্যবস্থা দিলাম।

২৪।৩।৩৬ অল্প জ্বর ১০৩ ডিগ্রী, নাড়ীর গতি প্রতি মিনিটে ১১৬ বার, শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা ৩১ বার। কাশি অনেক কম পড়িয়াছে, বক্ষ বেদনা অল্প একেবারেই নাই, **জিহ্বা ও দন্তমাড়ীর বেগুণী রং** সামান্য মাত্র আছে। অল্প ল্যাকেসিস্ ৩০, ৪ মাত্রা দিয়া দিনে দুইবার সেবনের ব্যবস্থা দিলাম।

২৫।৩।৩৬--অল্প সংবাদ পাইলাম যে, জ্বর সামান্য মাত্র আছে। রোগী অনায়াসে শ্বাসপ্রশ্বাস লইতে পারিতেছে, কাশির সহিত এখন আর অধিক শ্লেষ্মা উঠে না, কাশির বেগও কম। অল্প ল্যাকেসিস্ ৩০ শক্তি, ৩ মাত্রা দিয়া প্রত্যহ প্রাতে এক মাত্রা করিয়া সেবনের ব্যবস্থা দিলাম এবং অনৌষধি পুরিয়া কয়েকটি দিয়া উহা দিবা রাত্রে ৪ বার সেবন করিতে বলিলাম।

২৬।৩।৩৬--অল্প উত্তাপ ৯৮ ডিগ্রী; নাড়ী ও শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা স্বাভাবিক, কাশি আদৌ নাই, **জিহ্বার ও দন্তমাড়ীর বেগুণী রং** সম্পূর্ণরূপে তিরোহিত হইয়াছে। বক্ষ পরীক্ষায় কোন অস্বাভাবিক শব্দ পাওয়া গেল না। মোটের উপর, দুর্বলতা ব্যতীত রোগীর অল্প কোন উপসর্গ নাই। অল্প নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

২। Re.

চায়না ৩, ... ৮ মাত্রা।

প্রত্যহ তিনবার সেবনের ব্যবস্থা দিলাম।

৩১।৩৩৬—অল্প সংবাদ পাইলাম যে, রোগীর দুর্বলতা অনেকটা কমিয়াছে এবং অল্প পথ্য করিবার অল্প ব্যগ্র হইয়াছে। অল্পও ২নং ঔষধ ৪ মাত্রা দিয়া প্রত্যহ দুইবার সেবনের ব্যবস্থা দিলাম এবং পথ্যার্থ মুক্তিরি ঝোলসহ পুরাতন তুলের অল্প ১ বেলা দিতে বলিয়া দিলাম।

৩১।৩৩৬—অল্প সংবাদ পাইলাম যে, রোগী বেশ সুস্থাবস্থায় আছে। পথ্য রীতিমত হজম হইয়াছে। অল্প কয়েকটি অনৌষধি পুরিয়া দিয়া উহা প্রত্যহ দুইবার সেবনের ব্যবস্থা দিলাম। অল্প হইতে এই রোগীকে আর কোন ঔষধ দিতে হয় নাই।

মন্তব্যঃ—উপরোক্ত রোগীর জিহ্বা ও দন্তের মাড়ীগুলি বেগুনি রং ধারণ

করিয়াছে দেখিয়াই, আমি ল্যাকেসিস্ প্রয়োগ করিয়াছিলাম। কারণ, উক্ত লক্ষণটি ল্যাকেসিসের একটি চরিত্রগত লক্ষণ। যদি দেখা যায় যে, (যে কোন রোগে) রোগীর জিহ্বা ও দন্তমাড়ী বেগুনি বর্ণবিশিষ্ট হইয়াছে, পক্ষান্তরে, যদি কোন প্রকার প্রদাহ কিংবা গ্যাংগ্রিন যুক্ত স্থান কিংবা সাধারণ ক্ষতস্থান বেগুনি রং ধারণ করে, তাহা হইলে ল্যাকেসিস্ প্রয়োগ করিতে অল্পমাত্র বিলম্ব করা উচিত নহে এবং এক মাত্র ‘ল্যাকেসিস্’ প্রয়োগেই রোগী আরোগ্য হইবে সন্দেহ নাই। আমি উক্ত রোগীকে আরোগ্যের শেষে দুর্বলতার অল্প চায়না ব্যবস্থা করিয়াছিলাম; কিন্তু আরোগ্যদায়ক ঔষধ একমাত্র “ল্যাকেসিস্।”

সান্নিপাতিক অবস্থায়—এন্টিম টাট

লেখক—ডাঃ মোলভি মহম্মদ আবদুর রহিম

হেডপণ্ডিত, শ্রীবাৰ্দ্ধি এম, ই, স্কুল, ময়মনসিংহ।

..:

গত গ্রীষ্মাবকাশ উপলক্ষে ময়মনসিংহ জিলার সদর মহকুমার অধীনস্থ আমার বাসস্থান বোলতলী গ্রামে গমন করি। ৩য় দিবস মাতা সাহেবাণীর আদেশানুসারে মাতুলালয়ে গমনে উত্তত হই। প্রায় অর্দ্ধ মাইল গমনের পর রমেশ বাবুর বহির্কাটীর সম্মুখস্থ রাস্তায় উপনীত হইয়া, তাহার বাটীর মধ্য হইতে করুণ আর্তনাদ শুনিতে পাইলাম। রমেশ বাবু শৈশবে আমার সঙ্গে এক শ্রেণীতে অধ্যয়ন করিয়াছেন। সেই অবধি তাহার সঙ্গে আমার বিশেষ বন্ধুত্ব। অতঃপর আমি গন্তব্য পথ হইতে ত্রুপপদে রমেশ বাবুর বাড়ীতে উপস্থিত হইয়া যে দৃশ্য দেখিলাম, তাহাতে আর অশ্রুবারি সংবরণ করিতে পারিলাম না। দেখিলাম—রমেশ বাবু তাহার সপ্তম বর্ষীয় একমাত্র পুত্র সুধীরকে তুলসীমূলে স্থাপন করতঃ,

আত্মীয়পরিজন সহ ক্রন্দন করিতেছেন। তিনি আমাকে দেখিতে পাইয়া কাঁদিয়া আরও অস্থির হইলেন। আমি তাহাকে অতি কষ্টে কিঞ্চিৎ সান্ত্বনা পূর্বক সুধীরের কথা জিজ্ঞাসা করায় তিনি বলিলেন—

“সুধীর আজ সপ্তাহকাল যাবৎ পীড়িত। স্থানীয় বড় বড় এলোপ্যাথিক, হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার মহোদয়গণ প্রত্যেকেই স্ব স্ব সাধ্যানুযায়ী ষ্ণারীতি চিকিৎসা করিয়াছেন এবং বহুবিধ ইঞ্জেকসনও করিয়াছেন। চিকিৎসার কোনরূপ ফল হয় নাই। গতকল্য বৈকাল বেলা হইতে সুধীর ঈদৃশ অবস্থাপন্ন হইয়াছে। অল্প প্রাতঃকালেও একজন চিকিৎসক আসিয়াছিলেন; কিন্তু সুধীরের আরোগ্যাশা সুদূরপরাহত—সুতরাং এই আসন্ন কালে বুধা ঔষধ সেবনে কষ্ট দেওয়া সমিচীন নহে

বিবেচনায়, তিনি কোন ঔষধ না দিয়া চলিয়া যান। তারপর অবস্থা ক্রমশঃ শোচনীয় ও মূর্খ হওয়ায় ১০।১২ মিনিট ব্যবৎ তুলসী মূলে আনয়ন পূর্বক তাহার স্বর্গলাভের কামনা করিতেছি”।

আমি ইত্যবসরে স্ত্রীরের নিকট বসিয়া তাহার লক্ষণ সমূহ পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে দেখিয়া লইলাম।

বর্তমান লক্ষণ :-

(ক) রোগীর সর্বাঙ্গ শীতল ও ঠাণ্ডা ঘর্মে অভিযুক্ত।

(খ) শ্বাসযন্ত্রের বায়ু-নির্গমনপথে ঘড়ু ঘড়ু শব্দ যুক্ত প্রচুর শ্লেষ্মা; বোধ হয় রোগী কাশিলে যেন অনায়াসেই উহা বাহির হইয়া আসিবে; কিন্তু অবসন্নতা বশতঃ রোগী উহা উঠাইতে পারিতেছে না।

(গ) বাকশক্তি রহিত, অতিশয় বিমানী বা তন্দ্রাভাব,

(ঘ) সর্বদাই বমি করিবার চেষ্টা করিতেছে; কিন্তু বমি হইতেছে না।

(ঙ) মস্তক কম্পিত হইতেছে; মুখমণ্ডল ও জিহ্বা ফ্যাকাশে।

(চ) নাড়ীর স্পন্দন অতিশয় ক্ষীণ বা অন্তর্মিত প্রায়।

উপরোক্ত লক্ষণ সমূহ যে, **এন্টিম টাটের**, তাৎহাতে আমার আর বিন্দু মাত্রও সন্দেহ রহিল না। আমি অবিলম্বে এলোপ্যাথিক ঔষধের ক্রিয়ানাশকারী কোন প্রকার ভেবজ প্রয়োগ না করিয়া, কেস হইতে (কতকগুলি প্রয়োজনীয় ঔষধ পূর্ণ একটা কেস আমি সর্বদা কাছে রাখি) **এন্টিম টাটের** শিশিটা বাহির করিলাম। আমাকে ঔষধ প্রয়োগে উত্তত দেখিয়া স্ত্রীরের মামা বলিলেন, ইহাকে বহু ঔষধ সেবন করাইয়াছি; কোনরূপ ঔষধই বাকী রাখি নাই। এ আসন্নকালে আর বুধা ঔষধ সেবনে কষ্ট দিতে ইচ্ছা করি না। আমি বলিলাম—ইহা হোমিওপ্যাথিক ঔষধ; ইহাতে কোন কষ্ট হইবে না। বরঞ্চ ইহাতে উপকারও হইতে পারে। অতঃপর

আমি এক মাত্রা **এন্টিম টাট** ৩০, রোগীর মুখে দিলাম। অতি কষ্টে উহা গলাধঃকরণ করিল। ঠাট্টা করিবে বলিয়া দ্বিতীয় মাত্রা ঔষধ না দিয়া বা বাড়ী হইতে ঔষধ আনিবার কথা না বলিয়াই, বাড়ী চলিয়া গেলাম।

সে দিন আর আমার মাতুলালয়ে যাওয়া হইল না, বাড়ী ফিরিয়া গেলাম। পরদিবস প্রাতঃকালে গাত্রোথান পূর্বক বর্হিবাটীতে আসিয়া দেখি—রমেশ বাবু বসিয়া রহিয়াছেন। তাহার অধরে হাসির রেখা ফুটিয়াছে। আমি ইহাতে অত্যন্ত আনন্দিত হইয়া বিশেষ আগ্রহের সহিত স্ত্রীরের কথা জিজ্ঞাসা করায়, তিনি সহাস্য বদনে বলিলেন—“স্ত্রীরের কুপায় স্ত্রীরের গত কল্যের লক্ষণ সমূহ সকলই তিরোহিত হইয়াছে। বর্তমানে বেশ সুস্থ আছে। কথা বার্তা সমস্তই সুস্থ ব্যক্তির ভ্রায় বলিতেছে। অত্যন্ত কৃণা হইয়াছে বলিয়া প্রকাশ করিতেছে”।

অগ্নিম মনের আনন্দে তাহাকে দেখিতে গেলাম। পরিদর্শন ও পরীক্ষান্তর আর **এন্টিম টাট** দেওয়া যুক্তিযুক্ত নহে মনে করিয়া, এক মাত্রা **চায়না** ৩০ ক্রম প্রয়োগ করিলাম এবং সন্ধ্যা কালের জন্ম আর এক মাত্রা রাখিয়া আসিলাম। কারণ, পূর্বে রোগী অতিসারে ভুগিয়া অত্যন্ত দুর্বল হইয়া পড়িয়াছে। এখনও উঠিয়া বসিতে গেলে মূর্ছা ও দৃষ্টিক্ষীণতা উপস্থিত হয়। রক্তারতা; বহুত ও গ্রীহার বিবৃদ্ধিও আছে এবং বজ্রাবৃত্ত হইলে ঘর্ম প্রভৃতি চায়নার লক্ষণ সমূহ বিद्यমান ছিল।

তৎপর দিবসও রমেশ বাবু প্রাতঃকালে ঔষধের জন্ম আমাদের বাড়ীতে উপস্থিত হইলেন। সে দিনও দুই মাত্রা চায়না দিয়াছিলাম। ইহাতেই স্ত্রীর নিরাময় হইল। অসুস্থতার কোন লক্ষণ রহিল না। আর তাহাকে কোন প্রকার ঔষধ দেওয়া হয় নাই। কেবল মাত্র তাহাদের সন্তোষ বিধানার্থ কয়েকটি অনৌষধি পুরিয়া দেওয়া হইয়াছিল।

বেদনায়—রাসটক্স (Rhustox)

লেখক—ডাঃ শ্রীশঙ্করপদ চট্টোপাধ্যায়

ইন্চার্জ—এম, এস, ফার্মেসী, কিশনগঞ্জ (পুর্ণিয়া)

— o) : (*) : o —

রোগী—অনেক বালক; বয়ঃক্রম ৭।৮ বৎসর।
১৭।১৮ দিন পূর্বে বালকটি মালেরিয়া জরে আক্রান্ত
হইয়াছিল; ৭।৮ দিন এলোপ্যাথিক চিকিৎসায় থাকিয়া
আরোগ্য হয়। অন্ন পথ্যাদি করার পর ভালই ছিল।
তারপর ৩১।৩।৩০ তারিখে হঠাৎ বালকটি হাতের পাতায়
(Palm) ও পায়ের পাতায় (Sole) বেদনা অনুভব করে।
ক্রমশঃ বেদনা বাড়িতে থাকে। ২।৬।৩০ তারিখে এই
বেদনার জন্য বালকটি আমার চিকিৎসাধীন হয়। দেখিলাম
রোগী বেদনার স্থানে হাত দিতে দেয় না। বেদনা কোনও
অস্থিসন্ধি স্থলে (joint) ছিল না। বেদনা সবিরাম
প্রকৃতির। অন্ন ছিল না, বাহ্যে পরিষ্কার হইত। ইহা
ছাড়া অল্প কোন উপসর্গ দেখা গেল না। বেদনা এক
স্থানেই ছিল, কিন্তু খুব শীঘ্রই এরূপ বাড়িয়াছিল যে, রোগী
নড়া চড়া করিতে খুবই কষ্ট অনুভব করিতেছিল। অতিশয়
অস্থিরতা বর্তমান ছিল।

চিকিৎসাঃ—রোগী ৪।৫ দিন পূর্বে পর্য্যন্ত
এলোপ্যাথিক ঔষধ ব্যবহার করিয়াছে শুনিয়া, প্রথমে
নক্সভমিকা ৩০ (Nuxvom 30), এক মাত্রা
ও তাহার ৪ ঘণ্টা পরে একোনাইট ৩০
(Aconite 30) ৩ মাত্রা দেওয়া হইল।

৩।৬।৩০—রোগীর কোনই উপকার হয় নাই।
কনকনানি বেদনা পূর্ব্ববৎ রহিয়াছে। নড়াচড়া করিতে
পারে না, কোনও প্রকার নড়াচড়া করিতে গেলেই বেদনা
হয়। বেদনার জন্তই অতিশয় কাতর। গত রাত্রে বেদনা
বেশী ছিল ও মধ্যে মধ্যে ঘাম হইয়াছিল।

অন্ত্রাইওনিয়া ৬, (Bryonia 6) ৪ মাত্রা দিলাম।

আখিন—৭

২।৬।৩০—অল্পও রোগীর অবস্থা সমভাবেই আছে,
দেখা গেল। -বেদনার কোন উপশম হয় নাই।
খুব ভাল করিয়া রোগীকে পরীক্ষা করার দেখা গেল যে,
রোগীর পায়ের আঙ্গুলের গাঁটগুলি (joints) আক্রান্ত
হইয়াছে। বসিয়া বা শুইয়া থাকিলে, প্রাতে শয্যা
হইতে উঠিতে গেলে এবং কোনও প্রকার নড়াচড়া করিতে
বেদনার বৃদ্ধি হয় বলিয়া, রোগী চুপ করিয়া বসিয়া থাকে;
কিন্তু তাহাতেও আরাম পায় না। বেদনা সর্ব্বদা লাগিয়াই
থাকে, একটু কম বেশী হয় মাত্র। এই সকল লক্ষণ
দৃষ্টে রোগীকে একবার চলিতে বলিলাম। সে বেদনা
বৃদ্ধির ভয়ে প্রথমে কিছুতেই স্বীকৃত হইল না। পরে
অনেক কষ্টে কোনও প্রকারে উঠিয়া দাঁড়াইল ও দুই তিন
হাত মাত্র চলিল, তাহাতে বেদনা বেশী মনে করিল, কিন্তু
তাহার পর আরও একটু চলিলে তাহাতে একটু আরাম
বোধ করিল। তখন আমি তাহাকে বসিতে বলিলাম।
স্বনাম ধন্ত মহাত্মা স্তাস বলেন—“Lameness and Stiffness
and pain on first moving after rest, or on getting
up in the morning, relieved by continued motion—
Rhustox is the first remedy to think of.” অর্থাৎ
“অবশতা, কাঠিন্য এবং বেদনা—যাহা বিশ্রামের পর
প্রথম নড়াচড়ায় বা প্রাতে শয্যা ত্যাগের পর প্রকাশ
পায় এবং খানিকক্ষণ নড়াচড়া করিলে উপকার বোধ
হয়, তাহাতে প্রথমেই রাসটক্সের বিষয় বিবেচনা করা
কর্তব্য”। (Ash)

বালকটির লক্ষণও এতাদৃশ অবলোকন করতঃ, মহাত্মা
স্তাসের এই উপদেশ বাণী শ্রবণ করিয়া অল্প

রোগীকে রাসটক্স ৬ (Rhustox 6) ৪ মাত্রা দিয়া, উহা প্রত্যাহ দুইবার করিয়া সেবন করিতে বলিলাম। ইহাতে সেই দিনই রোগীর বেদনা, অস্থিরতা প্রভৃতি অনেকাংশে কমিয়াছিল।

৩।৩।৩০—অন্ত বেদনা খুব কম। অন্যত্র উপসর্গ ছিল না। অন্ত রাসটক্স ৩০, (Rhustox 30) দুই মাত্রা

দিয়া। তাহার পর আর কোন ঔষধ দিতে হয় নাই। রোগীর বেদনা সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়াছিল। এখনও পর্যন্ত ভাল আছে। ইহার পর রোগী আর কোন দিন এইরূপ বেদনায় আক্রান্ত হয় নাই।

হোমিওপ্যাথিক মতে পশু চিকিৎসা

লেখক—ডাঃ শ্রীস্বরূপ তত্ত্বাচার্য H. L. M. S.

রোয়াইল—ঢাকা।

— : (:) : (: —

গত ১৩৩৬ সালের চৈত্রমাসে বহুব্যাপকভাবে এতদ্দেশে গরুর “এবে ঘা” হইয়াছিল। “এবে ঘা”কে আমাদের এতদঞ্চলে “জরা” রোগ বলে। ইহাতে গরুর মুখে, নাসিকায় ও কুরের বিভিন্ন স্থানে এবং বাটে ঘা হয়; মুখ দিয়া লাল নিঃসরণ হইতে থাকে; শরীরের লোম শিহরিয়া উঠে; গরু কিছুই খায় না; শরীরে হাত দিলে শরীর গরম বোধ হয়। মোট কথা, অনেকটা জরের মত লক্ষণ হয় বলিয়াই, এদেশে ইহাকে “জরা” বলে।

কেহ কেহ বলেন যে, পূর্বে হইতে কুইনাইন খাওয়াইলে “জরা রোগ” হয় না এবং হইলেও অল্প সময়ের মধ্যে গরুর উক্ত পীড়া আরোগ্য হয়। আমি কিন্তু কুইনাইন ব্যবহারে ফল পাই নাই।

একবার আমার একটি গর্ভিণী গাভীর “জরা” হয়। সেই সময় উহাকে কুইনাইন দেওয়া হয়। জরা হওয়ার ২।৩ দিন পরেই গাভীটি প্রসূত হয়। দুঃখের বিষয় ২।৩ দিনের মধ্যেই বৎসটা মারা যায়। গাভীটিও জরা রোগে কর্কট দিন কষ্ট পায়।

এই বৎসরও আমার পালের ২।৩টি গরুর “জরা” হয়।

ইহাঙ্গুর মধ্যে একটি গাভী গর্ভিণী ছিল। এই গর্ভিণী গাভীটিও রোগাক্রান্ত গরুর সঙ্গে একত্র থাকিত। এবার হোমিওপ্যাথিক ঔষধ দিতে মনস্থ করিলাম। পশু চিকিৎসায় আকার তেমন অভিজ্ঞতা না থাকায় * রোয়াইলের বিখ্যাত জমিদার প্রসিদ্ধ হোমিওপ্যাথ্‌ শ্রীযুক্ত ভূপেন্দ্রমোহন ঠায় মহাশয়ের পরামর্শ চাই। তিনি বলিলেন যে, “প্রতিবেদকভাবে মার্ক সল ২০০ শক্তি, অতি উত্তম কাজ করে এবং রোগাক্রান্ত গরুরও মার্ক সলের অধিকাংশ লক্ষণ থাকায়, ইহা ২০০ শক্তিতেই ভাল কাজ করে।” আমি এতদুসারে উক্ত গর্ভিণী গাভীটিকে মার্ক সল ২০০ ৫ ফোঁটা মাত্রায় ও অত্যন্ত গুলিকেও ঐ নিয়মে এক মাত্রা সেবন করাইয়া দিলাম। বড়ই আনন্দের বিষয় যে, ইহাতেই আমার গর্ভিণী গাভীটি সম্পূর্ণ সুস্থ থাকিয়া উপযুক্ত সময়ে প্রসূত এবং রোগাক্রান্ত গাভীগুলিও অতি অল্প সময়ের মধ্যে নীরোগ হইয়াছে। আমি আরও অনেকগুলি সুস্থ গরুকে উক্ত নিয়মে মার্ক সল ২০০ শক্তি ব্যবহারে সন্তোষজনক ফল পাইয়াছি।

* চিকিৎসা-প্রকাশের হযোগ্য লেখক হুপ্রসিদ্ধ এবং হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ডাঃ শ্রীযুক্ত এভাসজ্ঞ বন্দ্যোপাধ্যায় মহাশয়ের প্রণীত “লো-জীবন” পুস্তকখানি, গবাদি পশুর বাবতীর পীড়ার চিকিৎসায় অভিজ্ঞতা লাভের পক্ষে সম্পূর্ণ উপযোগী। ইহাতে গরু ও অজ্ঞাত জীবজন্তুর সর্ব প্রকার পীড়ার অজ্ঞাত মনের চিকিৎসা-প্রণালী ছাড়াও, ইহাতে হোমিওপ্যাথিক মতে হবিভূত চিকিৎসা-প্রণালী সরল ভাষায় সন্নিবেশিত হইয়াছে। চিকিৎসা-প্রকাশ কার্যালয়ই এই পুস্তক পাওয়া যায়। মূল্য ৪ টকা।

ভেষজের আত্মকাহিনী

লেখক—ক্রীষ্টবর্ষীয় জন্ম শীল বিশ্বাস M. D. (Homoeo)

F. R. H. S. (London)

— :: —

আমি আপনাদের পরিচিতা হইলেও, কার্যকালে অনেকেই আমাকে চিনিতে পারেন না। না পারার কারণ অনেক। কেবল আমি নহি, আমার সঙ্গী সঙ্গিনীর ভিতর অনেকেই, অনেকে কাজের সময় মনে করিতে পারেন না। যাক, যাতে সব সময়েই আমার কথা আপনাদের মনে পড়ে—দরকার মত আমার কথা তুলিয়া না যান, এজন্ত আজ বিশেষ করিয়া আমার পরিচয় দিব।

(ক) আমি স্ত্রীলোকদিগকেই বেশী ভালবাসি। তাই বলিয়া সমস্ত স্ত্রীজাতীর উপর আমার মন আকৃষ্ট হয় না। যে সকল স্ত্রী লোকের চুল পিঙ্গল বর্ণ; চক্ষু নীল, মুখমণ্ডল পাণ্ডুবর্ণ, স্বভাব বিনীত, নীরব-শোকপ্রবণ তাহাদিগকেই আমি আন্তরিক ভালবাসার চক্ষে দেখিয়া থাকি এবং তাহাদের সঙ্গেই আমি মধুময় বিবেচনা করি।

কিন্তু তাই বলিয়া যে, পুরুষের দিকে আমার মন মোটেই আকৃষ্ট হয় না, একথা বুঝিবেন না। যে সকল পুরুষের স্বভাব বিনীত নীরব-শোকপ্রবণ এবং পিঙ্গল কেশ ও নীল চক্ষু, তাহাদিগকেও আমার জন্মগত ব্যবহার হইতে বঞ্চিত করি না।

যাহাদিগকে আমি ভালবাসি, তাহারা কোন বিষয় বলিতে—না কাঁদিয়া বলিতে পারে না। শারীরিক দুঃখস্বচ্ছন্দতার কোন গোলযোগ উপস্থিত হইলে, তাহা জ্ঞাপন করিতে সহজেই অশ্রুপাত করে। বিষাদ ও বিলাপই যেন তাহাদের প্রধান সহায়।

(খ) যে স্ত্রীলোককে আমি ভালবাসি, তাদের ঋতু ব্রত হয় এবং অনেক দিন স্থায়ী হইয়া থাকে। শরীর মাংসল হইবার প্রবণতা জন্মে। এই সকল স্ত্রীলোকের প্রথম ঋতু প্রকাশে বিলম্ব হয় এবং প্রথম ঋতু প্রকাশের সময়

হইতেই স্বাস্থ্য ভঙ্গ হইয়া থাকে। ইহার ফলে রক্তহীনতা জড়িস, ব্রুকাইটিস প্রভৃতি হইতে দেখা যায়। মোট কথা, প্রথম ঋতু হইতে কিছুতেই ইহাদের স্বাস্থ্য ভাল থাকিতে পারে না। রক্তঃস্রাব হইবার পূর্বেই বালিকাদের স্তনে পিণ্ডাকার ক্ষীততা অথবা দুগ্ধবৎ পাতলা রস নিঃসরণ দেখাইতে আমার ক্ষমতা আছে। ইহা অল্প কেহ পারিবেন না।

(গ) জল আমার প্রধান বৈরী। একারণ, আমার শিষ্য স্ত্রীলোক যদি রক্তঃস্রাব অবস্থায় পদদ্বয় আর্দ্র অবস্থায় রাখে, তবে তাহার ঋতু বন্ধ করিয়া দেই। জল আমি মোটেই ভাল বাসি না, তাই ভগবান আমার প্রতিকূলাচরণ না করিয়া, জলের সংস্রব হইতে সর্বদাই দূরে রাখেন। আমার মস্তে যারা দৌকিতা, তাহাদের সর্ব রোগেই পিপাসাহীনতা থাকে। যদিও অনেকের প্রাতে মুখশোষ উপস্থিত হয়, তথাপি আমি জল পিপাসা হইতে দেই না। এক অবস্থায় ভুগিতে দেওয়া বড়ই অবিবেচনার কাজ বিবেচনা করি; এজন্ত আমি রোগ-লক্ষণের পরিবর্তন করিয়া থাকি।

এই সকল স্ত্রীলোকের অয়ের দুই বারের আক্রমণ ও দুই বারের শীত, কম্প একরূপ হইতে কিম্বা মাসিক ঋতু শোণিত দুইবারের এক রকম হইতে দেই না।

(ঘ) খাওয়া দাওয়া সম্বন্ধে আমার বড়ই কড়া নিয়ম। গুরুপাক দ্রব্য, পিষ্টক, তৈলাক্ত বা ঘৃত পক জিনিষ আমার ভক্তগণ মোটেই পছন্দ করে না। উপরোক্ত যে কোন দ্রব্য যদি কেহ কদাচ ভক্ষণ করে, তবে তাহার আশাশয়ের উপদ্রব আনয়ন করি। আমার বন্ধগণ সর্বদাই পাকস্থলীতে শূন্যতা অনুভব করে। সর্বদা তাহাদের মুখ চট চট করে।

মুখ দিয়া ধুই উঠে, মুখ বিস্বাদ হয়। আর যদি চা পানে অভ্যাস থাকে, তবে তার পাকস্থলীতে শুল্কতা বোধ হয়। যদি কেহ গুরুভোজন, তৈলাক্ত দ্রব্য, পিষ্টকাদি কিবা শূকরের মাংস ভক্ষণ করে, তবে আমি নিরবচ্ছিন্ন অথবা সাধারণতঃ রাত্রিতে জলবৎ পীতাত্তহরিৎ, অতিশয় পরিবর্তনশীল অতিসার জন্মাইয়া বন্ধুর অশকার বটাইতে কুষ্ঠা বোধ করি না।

ঙ) গর্ভবতীর প্রসব সময় স্বাভাবিক প্রসবে বাধা, “সন্তানের কুটিল গতিতে” প্রসবের বাধা জন্মান আমার অভাব।

(চ) আমার অভ্যুৎসাহী, আমার বন্ধুদিগকেও সর্ববিষয়ে শিক্ষাদান করিয়া থাকি। একারণ, আমার নিজার সময় তাহারা নিজা বায় এবং আমার অনিজার সময় তাহারাও অনিজার কাল কাটায়। আমার ঘুমের সময় কিন্তু সকলের সঙ্গে কিছুতেই একরূপ হইতে পারে না। আমার অভাব—আমি সন্ধ্যাকালে সম্পূর্ণ নিদ্রাশূণ্যাবস্থায় থাকি। তখন শয়ন করিতে মোটেই ইচ্ছা হয় না। যখন সকলের নিজা হইতে উঠিবার সময় হয়, তখন আমার গাঢ় নিজা হইয়া থাকে এবং জাগরণের পর শ্রান্তি এবং দুর্বলতা অনুভব করি।

(ছ) আমি শীতল অনাবৃত বায়ু বেশ পছন্দ করি।

তবে সময় সময় গরমও ভাল বাসি। তবে প্রধানতঃ আমি কেবল শীতল বায়ু ও ব্যথিত পার্শ্বে শয়ন, শীতল দ্রব্য পান, শীতল বাহু প্রয়োগ আনন্দের সহিত গ্রহণ করি। কিন্তু উষ্ণ বা আবদ্ধ গৃহে বাস, বেদনাহীন পার্শ্বে শয়ন, উষ্ণ দ্রব্য আহার বা পান মোটেই সহ্য করিতে পারি না।

আমার আরও পরিচয় আবার দিব আজ যতটুকু দিলাম তাহাতে এখন বলুন দেখি আমি কে ?

আমার প্রকৃত নাম “পালসেন্টিসা”। বাহারা আমায় স্নেহ করেন, তাহারা আমাকে “পালস” বলিয়া ডাকেন। “পালস” আমার আদরের ডাকনাম। আমাদের গুরু মহাত্মা হ্যানিম্যান আমার “পলিক্রেস্ট” সভার মেম্বর করিয়া গিয়াছেন এবং কেপি মিউর, লাইকো, সিপিয়া, সালকিউরিক এসিড প্রভৃতিকে আমার সাহায্যকারী করিয়া দিয়াছেন। তবে আমার বৃদ্ধাবস্থায় কিবা বাহার! আমার মতাবলম্বী অনেক দিন থাকেন (অর্থাৎ পুরাতন অবস্থায়), তাহাদিগের ভার আমি সাইলিন্টিয়ার হস্তে অর্পণ করিয়া নিজে নিষ্কৃতি লাভ করি। আমার পূর্বে অর্থাৎ আমার আয়ত্রে আসার আগে, আমার সাথী প্রায়ই কেলি-মিউরের কথা মত চলিত।

প্রতিবাদ ও প্রতিবাদের উত্তর

মাননীয় চিকিৎসা-প্রকাশ সম্পাদক মহাশয় সমীপে—

মহাশয় !

কিশনগঞ্জ (পূর্ণিমা) হইতে শ্রীযুক্ত শক্তিপদ চট্টোপাধ্যায় মহাশয়, ১৩৩৭ সালের চিকিৎসা-প্রকাশের ১ম সংখ্যায় প্রকাশিত আমার লিখিত “লোবার নিউমোনিয়া” প্রবন্ধ সম্বন্ধে, বর্তমান বর্ষের ৫ম সংখ্যায় ২৫১ পৃষ্ঠায় যে প্রতিবাদ করিয়াছেন, তদুত্তরে নিম্নে আমার অভিমত লিখিয়া পাঠাইলাম। অল্পগ্রহ করিয়া চিকিৎসা-প্রকাশে প্রকাশ করিলে বাধিত হইব।

১। শক্তিপদ বাবুর প্রথম প্রশ্ন—“নিউমোনিয়ার প্রধান পথ্য “হৃৎ” সম্বন্ধে”। নিউমোনিয়ার প্রথম অবস্থায় পথ্যরূপে হৃৎ ব্যবহার করিতে আমার আপত্তি আছে ;

কিন্তু শেষাবস্থায় অর্থাৎ “গ্রে-হিপাটিজেনস্” এর অবস্থায় “হৃৎ পথ্যই” আমি অনুমোদন করি। হৃৎ পথ্য সম্বন্ধে বিস্তারিত আলোচনা করিবার সময় প্রথমেই আমি লিখিয়াছি যে, “অনেক সুবিজ্ঞ চিকিৎসকের মতে নিউমোনিয়া রোগীর পক্ষে হৃৎ অতি উত্তম পথ্য”। ইহাতে কি স্বীকার করা হয় না যে, আমার মতের বিরুদ্ধবাদী বহু সুবিজ্ঞ চিকিৎসক আছেন? অস্কার, নেলসন, হাচিসন প্রভৃতি সুবিখ্যাত চিকিৎসকগণের মতের বিষয় জ্ঞাত ছিলাম ও তাহাদিগকেই আমি সুবিজ্ঞ চিকিৎসক বলিয়া উল্লেখ করিয়াছি। আমি হৃৎ পথ্য সম্বন্ধে যথাসম্ভব বিস্তারিত আলোচনা করিয়াছি—কোন কথায়

“বামা চাপা” দেওয়ার চেষ্টা করি নাই। “দুগ্ধ-পথ্য” নিউমোনিয়াতে চলে না, এ কথাও বলি নাই—নিউমোনিয়ার অবস্থাভেদে ইহা ব্যবস্থা করিয়াছি মাত্র। আয়ুর্কেন্দ চিকিৎসকগণও আমার মত সর্বত্রোভাবে সমর্থন করিবেন বলিয়া আমার বিশ্বাস। আয়ুর্কেন্দ শাস্ত্রকারগণও কম বিচক্ষণ ছিলেন না। দেশভেদে লোকের ধাত ভিন্ন হয় এবং ভিন্ন ধাতে পথ্যও বিভিন্ন হয়। একটু লক্ষ্য করিলেই আমরা দেখিতে পাই যে, বিচক্ষণ আয়ুর্কেন্দ শাস্ত্রকারগণের মত আমরা ক্রমেই গ্রহণ করিতেছি। পথ্যাদি ব্যাপারে আয়ুর্কেন্দ শাস্ত্রে বেরূপ বিস্তারিত আলোচনা করা হইয়াছে, পাশ্চাত্য কোন চিকিৎসা গ্রন্থে সেরূপ ভাবের আলোচনা সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় না। পক্ষান্তরে এদেশবাসীর ধাতু-প্রকৃতি অনুসারেই আয়ুর্কেন্দ শাস্ত্রকারগণ পথ্য ব্যবস্থা নির্দেশ করিয়াছেন এবং এই নির্দেশ যে, এদেশবাসীর পক্ষে সম্পূর্ণ উপযোগী; তাহাতে কোন সন্দেহ থাকিতে পারে না। আয়ুর্কেন্দ গ্রন্থ-গ্রণেতার তরুণ জরে ও তরুণ কক্ষে দুগ্ধ বিধবৎ পরিত্যজ্য এবং পুরাতন জরে ও পুরাতন কক্ষে দুগ্ধ অমৃত তুল্য বলিয়া উল্লেখ করিয়াছেন।

তারপর আসলার লিখিয়াছেন—“*The food should be liquid consisting chiefly of milk either alone, or better mixed with food prepared from some one of the cereals, Carbo-hydrates, as milk sugar, can be added to each feeding of milk.*” (Osler.)

অসলার এক্ষেত্রে দুধের সহিত শর্করা বা খেতসার জাতীয় পথ্য সংমিশ্রণের পক্ষপাতী কেন হইলেন, একথা শক্তিপদ বাবু অনুধাবন করিয়া দেখিয়াছেন কি? সবকথা বিস্তৃতভাবে আলোচনা করিতে গেলে পুস্তক লেখা সম্ভব হয় না; তাই যদি হইত, তাহা হইলে উচ্চ বেতনে উপযুক্ত শিক্ষক নিযুক্ত করার সার্থকতা থাকিত না—বড় বড় পুস্তক পড়িয়াই গৃহে বসিয়া সূচিকিৎসক হওয়া যাইত। তরুণ জরীয় পীড়ায় শুধু দুগ্ধ পথ্য দিলে দুধের মাখন বিকৃতাবস্থা প্রাপ্ত হইতে পারে এবং মাখন জাতীয় পথ্য বিকৃতাবস্থা প্রাপ্ত হইলে কেটোসিস (Ketosis) উপস্থিত হয়। একথা স্বরণ করিয়া, অথবা জর সংক্রান্ত তরুণ ব্যাধিতে কেবল দুগ্ধ পরিপাক নাও পাইতে পারে, এই বিবেচনায়, অসলার মহোদয় দুধের সহিত শর্করা বা খেতসার জাতীয় পথ্যের ব্যবস্থা দিয়াছেন—এই অনুমান করিলে ভুল হইবে না বলিয়াই আমার বিশ্বাস। কেটোসিস

সম্বন্ধে ইং ১৯২৭ সালের ইণ্ডিয়ান মেডিক্যাল গেজেটের জাহুয়ারী সংখ্যার ৮ পৃষ্ঠায় H. Hingston I. M. S. (Major) বাহা লিখিয়াছেন, তাহা প্রশিধানযোগ্য সন্দেহ নাই। ইংরাজ শক্তিপদ চট্টোপাধ্যায় মহাশয়কে তাহা পাঠ করিতে অনুরোধ করি। কেটোসিস সম্বন্ধে আমি ১৯৩০ সালের ইণ্ডিয়ান মেডিকেল রেকর্ডের মার্চ সংখ্যায় যে প্রবন্ধ লিখিয়াছি, প্রতিবাদক শক্তিপদ বাবু কিছু মনে না করিলে, তাঁহাকে এই প্রবন্ধটীও পড়িয়া দেখিতে অনুরোধ করি।

২। ডিজিটেলিস ইঞ্জেকসনরূপে ব্যবহার করা যায় কি না, তাহা আমি বিশেষ ভাবে আলোচনা করি নাই। প্রবন্ধের শেষে লিখিয়াছি—“যদি উত্তেজনার প্রয়োজন হয়, তাহা হইলে * * * ডিজিটেলিন ১ ৫০ গ্রেণ * * * প্রভৃতি যোগ্যতার সহিত ব্যবহার করা যাইতে পারে” (চিকিৎসা-প্রকাশ ১৩৩৭ সাল, ১ম সংখ্যা ৩৪ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য)

মফঃস্বলে অধিকাংশ স্থলেই ইঞ্জেকসনের উপর নির্ভর করা যায় না। এই সকল অস্থায়ী উত্তেজক ঔষধ অনেক স্থলে ২১৩ ঘটাস্তর ইঞ্জেকসন দেওয়ার প্রয়োজন হয়, কিন্তু গৃহ-চিকিৎসক না থাকিলে তাহা সম্ভবপর হয় না। হাসপাতালে (In indoor hospital) ইহা সম্ভব হইতে পারে। এই সমস্ত কারণে, আমি মুখপথে ঔষধ ব্যবহারের পক্ষপাতী। গতাস্তর না থাকিলে ইঞ্জেকসন করি মাত্র। ডিজিটেলিন ইঞ্জেকসনে স্নুফল পাওয়ার সম্ভাবনা আছে, এ বিশ্বাস থাকিলে যে কেহ ইঞ্জেকসন দিতে পারেন; আমার তাহাতে কোন আপত্তির কারণ থাকিতে পারে না। মফঃস্বলে এরূপ ব্যবস্থা চালান কঠিন বিবেচনায় আমি ইঞ্জেকসন সম্বন্ধে বিম্বৃত আলোচনা করি নাই। প্রতিবাদক মহাশয় ডিজিটেলিস বলিতে কি ডিজিটেলিন বা ডিজিটলেইন (Digitalin or Digitalein) বুঝিয়াছেন?

৩। “নিউমোনিয়ায় অতিশয় পেটকাঁপা ও উদরাশয় বর্ধমান ১নং মিক্চার ব্যবহার করা যায় না; এই সকল উপসর্গে মৃত্যুহার বেশী হয়” এই কথা বলিয়া আমার বক্তব্য শেষ করিয়াছি বলিয়া, শক্তিপদ বাবু উল্লেখ করিয়াছেন। কিন্তু প্রকৃত প্রস্তাবে তাহা নহে। শক্তিপদ বাবু প্রতিবাদ লিখবার পূর্বে যদি ভাল করিয়া আমার “লোবার নিউমোনিয়া” প্রবন্ধটী পড়িতেন, তাহা হইলে তিনি স্পষ্টই দেখিতে পাইতেন যে, উল্লিখিত উপসর্গদ্বয়ের

ব্যবস্থাপত্র পূর্বেই প্রদত্ত হইয়াছে (১৩৩৭ সালের চিকিৎসা-প্রকাশের ১ম সংখ্যার ৩২ পৃষ্ঠায় ৪নং ব্যবস্থা দ্রষ্টব্য)।

৪। শক্তিপদ বাবু লিখিতেছেন—
“নিউমোনিয়ার প্রথমে পীড়ার গতি রুদ্ধ করণোদ্দেশ্যে ক্যালশিয়াম প্রয়োগ সম্বন্ধে ব্রুন্টন বাবু বিরুদ্ধ মত প্রকাশ করিয়াছেন” অর্থাৎ শক্তিপদ বাবু বলিতে চাহেন যে, আমি নিউমোনিয়ার ক্যালশিয়াম প্রয়োগ করা সম্ভব মনে করি না। শক্তিপদ বাবুর তথাকথিত আমার এই বিরুদ্ধ অভিমতের বিরুদ্ধে তিনি ডাক্তার ত্রিযুক্ত অনাথজীবন বহু এম্, বি মহাশয়ের চিকিৎসার নজির দেখাইয়াছেন। কিন্তু শক্তিপদ বাবু যদি আমার প্রবন্ধটী—ডাল করিয়া পড়িতেন এবং আমার উক্তিগুলি যদি বুঝিবার চেষ্টা করিতেন, তাহা হইলে তাঁহার এরূপ মন্তব্য প্রকাশ এবং ঐ মন্তব্যের পোষকতার জন্ত নজির উল্লেখ করিবার কোন প্রয়োজন হইত না। ১ম সংখ্যা চিকিৎসা-প্রকাশের (১:৩৭) ৩২ পৃষ্ঠার ৩য় প্যারায় আমি স্পষ্টই লিখিয়াছি—“এক শ্রেণীর চিকিৎসকের অভিমত এই যে, নিউমোনিয়ার প্রথমাবস্থায় ক্যালশিয়াম প্রয়োগ করিলে ব্যাধির গতি রুদ্ধ হইয়া যায়।” ইহাতে কি বুঝা যায় না যে নিউমোনিয়ার প্রথম অবস্থায় ক্যালশিয়ামের ব্যবহার আছে। নিউমোনিয়ার শেষাবস্থায় ক্যালশিয়াম ব্যবহার করা সম্ভব, এ কথা আমিও উল্লেখ করিয়াছি এবং নজিররূপে ব্রান্টন (Brunton) সাহেবের মত গ্রহণ করিয়াছি। ডাঃ হুইটলা (Whitla) লিখিয়াছেন—“*Much has been written of late years about the advisability of giving Citrates to decalcify the blood in order to limit*

*or prevent the spread of the Consolidation in the affected lung. *** Dr Brunton recommended Calcium Chloride as a powerful Cardiac stimulant and Tonic, when the heart power is failing, notwithstanding the hyperfibrinous state of the blood”* **Whitla's Dictionary of treatment.** Page 770 অর্থাৎ ফুসফুসের নিরেট স্থানের বৃদ্ধি পাওয়া বন্ধ করিবার উদ্দেশ্যে রক্তের ক্যালশিয়াম কমানর জন্ত সাইট্রেট বিশেষ উপযোগী ও উপকারী।

ব্রান্টনের অভিমত হইতেও কি ইহা বুঝা যায় না যে, ফাইব্রিনাস অবস্থায় (in fibrinous state) অর্থাৎ যে অবস্থায় রক্তে ফাইব্রিন বর্তমান থাকে, সে অবস্থায় ক্যালশিয়াম ব্যবহার সম্ভব নয়? তবে হৃৎপিণ্ডের আসন্ন ক্রিয়াক্রোপ আশঙ্কায় (in threatennig heart failure) ক্যালশিয়াম দেওয়া সম্ভব, কারণ, ক্যালশিয়াম হৃৎপিণ্ডের উত্তেজক ও বলকারক। সুতরাং রোগীর জীবন রক্ষা করিতে ইহা ব্যবহার করা উচিত। রোগী বাঁচিলে ফাইব্রিনের গতি করা যাইতে পারিবে; হৃৎপিণ্ডের উত্তেজক ও বলবর্ধক হিসাবে ক্যালশিয়াম ব্যবহারের নির্দেশক অবস্থায় রক্তে ফাইব্রিন বর্তমানে, কেবল ফাইব্রিনের দিকে লক্ষ্য করিয়া রোগীকে মরিতে দেওয়া সম্ভব নহে।

এই প্রবন্ধে সে সকল যুক্তি তর্কের অবতারণা করিয়াছি, তদ্ব্যবন্ধে শক্তিপদ বাবুর কিছু বলিবার থাকিলে, তাহা বলিবার জন্ত তাঁহাকে অনুরোধ করিতেছি। যুক্তির দ্বারা আমার ক্রটি দর্শিত হইলে, সর্ব সাধারণের উপকার হইবে। কেবল নজির দ্বারা উদ্দেশ্য সিদ্ধ হয় কি?

অষ্টগ্রাম চ্যারিটেবল ডিস্পেন্সারী
ময়মনসিংহ।

}

বর্ষদ
শ্রী ব্রজেন চন্দ্র ভট্টাচার্য F. M. F.



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয় মাসিক পত্র ও সমালোচক

২০শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল-কাঙ্ক্ষিক

৭ম সংখ্যা

বিবিধ

ক্ষীতিযুক্ত বর্ধনশীল ক্ষতে—
নিওআসফেনামিন (Neoarsphenamine
in Varicose ulcer)ঃ—নিউহয়র্কের সুপ্রসিদ্ধ
Dr. E. E. Marcovitch M. D. লিখিয়াছেন—
“অধিকাংশ স্থলেই ক্ষতিযুক্ত বর্ধনশীল ক্ষতে ব্যাক্টেরিয়ার
স্বাভাবিকতা দৃষ্ট হয়। এইরূপ ক্ষতে নিম্নলিখিতরূপে
নিওআসফেনামিন প্রয়োগ করিয়া বহুসংখ্যক স্থলে
সন্তোষজনক ফল পাওয়া গিয়াছে—

Re.

নিওআসফেনামিন ... ০.৩ গ্রাম।

ইথিল-এমিনোবেজোয়েট ২ গ্রাম।

হোয়াইট পেট্রোলিয়াম ... ৩০ গ্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মলম। ক্ষতে এই মলম একবার
মাত্র প্রয়োগ করার পরদিন হইতে কয়েক দিন পর্যন্ত
বিসর্বাধ সাবগ্যাংলেট অয়েন্টমেন্ট (১০% পারসেন্ট)
প্রয়োগ করা কর্তব্য। ইহাতে শীঘ্রই ক্ষত আরোগ্য হয়

এবং পুনরায় ক্ষতোৎপত্তি হয় না। নিওআসফেনামিন
একাত্তর মলমাকারে ক্ষতে প্রয়োগ করিলে স্বপ্না
হইয়া থাকে। এইজন্য ইহার সঙ্গে ইথিল-এমিনো-
বেজোয়েট যোগ করিতে হয়। ইহা স্থানিক অগাড়া
উৎপাদন করিয়া স্বপ্নার প্রতিরোধ করে।

(Arch Dermat & Syphil. Augst 1928,
P. M. Augst 1930. P. 174).

কষ্টরাজঃ রোগে “ইলিউথিন্”

(Eleuthin in Dysmenorrhœa) ঃ—স্বাভাবিক
কষ্টরাজঃ পীড়ায়—আক্ষেপ নিবারণার্থ মার্কেস প্রস্তুত
“ইলিউথিন” নামক ঔষধটি ব্যবহার করিয়া স্বন্দর উপকার
পাওয়া গিয়াছে বলিয়া কথিত হইয়াছে। ইহাতে
প্যাপেভেরিন—০.০৪ গ্রাম এবং এটিপাইরিন—০.৫ গ্রাম
আছে। (A. R. Merck's. Part I. 27)

মুখমণ্ডলের একজিয়া (Facial eczema) :—মুখমণ্ডলের শুষ্ক প্রেণীর একজিয়ার (in the dry variety of facial eczema) নিম্নলিখিত ঔষধ প্রয়োগে সুফল পাওয়া যায় বলিয়া কথিত হইয়াছে—

১। Re.

টিয়ারিক এসিড ...	৩২ ড্রাম।
বোরাক্স ...	৬ গ্রেণ।
এমোনিয়া ...	২০ গ্রেণ।
জল ...	২০ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহাতে আক্রান্ত স্থান উত্তমরূপে ধোত করতঃ, নিম্নলিখিত মলম প্রযোজ্য।

২। Re.

জিক অক্সাইড ...	১ ভাগ।
টার্স পেট ...	১ ভাগ।
ভেসেলিন ...	১ ভাগ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মলম। প্রত্যহ ২/৩ বার উক্ত লোসনে ধোত করতঃ এই মলম প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(Inl. & East. Druggist, Augst 1930)

হিক্কার সহজ চিকিৎসা (Simple remedy for Hiccough) :—হিক্কার হৃদ্য আক্ষেপ নিবারণ করিবার জন্য রোগীর হাঁচি আনয়ন করিতে পারিলে যথেষ্ট উপকার হয়—এই আক্ষেপ সহজেই বন্ধ হইয়া যায়। নাসারন্ধ্র মধ্যে হুড়ু হুড়ি দিলে সহজেই হাঁচি আসে। ২/৪ বার হাঁচিবা মাত্রই হিক্কা নিবারিত হইতে দেখা যায়। তবে অতি দুর্বল রোগীকে হাঁচান কর্তব্য নহে।

(Practical medicine. 05)

স্রব্দনোষের সহজ চিকিৎসা (Simple treatment of Seminal emissions) :—স্রব্দনোষ নিবারণার্থ প্রত্যহ রাতে শয়ন কালে, হায়োসিন্ হাইড্রোব্রোমাইড ১/২০০ গ্রেণের ১টি ট্যাবলেট সেবন করিলে আশ্চর্য উপকার পাওয়া যায়। লাইটক

মেওরিনা কোঃ স্রব্দনোষের একটি অব্যর্থ ও স্থায়ী উপকারক ঔষধ। প্রত্যহ রাতে শয়ন কালে ইহা ৩.—৬০ ফোটা মাত্রায় ৮—১০ দিন সেবনে হৃদ্য স্রব্দনোষও স্থায়ীভাবে আরোগ্য হইয়া থাকে।

(Practical Medicine. 05)

স্বপ্নাশ্ব ক্লোরোফর্ম (Chloroform in inhalation in Phthisis) :—পরীক্ষা দ্বারা জানা গিয়াছে যে—স্বপ্না রোগীকে কিকিৎ পরিমাণে ক্লোরোফর্মের ঝাণ লওয়াইলে স্তনের উপকার পাওয়া যায়। ইহাতে অধিকাংশ রোগীরই জরীর উত্তাপ ক্রমশঃ হ্রাস পায়। অনেক ক্ষেত্রে একবার মাত্র ক্লোরফর্ম শুঁকাইলে কয়েক দিবস পর্যন্ত জরীর উত্তাপ বন্ধ থাকিতে দেখা যায়। কয়েক বিন্দুমাত্র ক্লোরফর্ম শুঁকাইতে হয়—বাহাতে রোগীর জ্ঞান লোপ না পায়।

(New York Medical Jour. 1930)

জীরোগে প্লাসেন্টা সাব্‌ষ্ট্যান্স (Placenta-Substance in Female diseases) :—বিবিধ জীরোগে অধুনা “প্লাসেন্টা সাব্‌ষ্ট্যান্স” বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হইতেছে। কিশোরী বা যুবতীদের স্তনরোগে অর্থাৎ “মামারী প্লাণ্ডের” (স্তন গ্রন্থি) অসম্পূর্ণতার জন্য স্তন্যয়ের পরিপূর্ণতা এবং পুষ্টি না হইলে; প্রসূতির স্তনে প্রচুর পরিমাণে দুগ্ধ না হইলে—অথবা স্তন-দুগ্ধের হ্রাস হইলে এবং রক্তোন্নতা, রক্তালোপ, বাধক, রক্তপ্রদর, অতিরিক্ত রক্তঃস্রাব, ঋতু-শূল ও গর্ভবতী নারীর হৃদ্য বমনে এই ঔষধ ব্যবহার করা হইয়া সন্তোষজনক ফললাভ করা গিয়াছে। এই ঔষধটি বিখ্যাত ঔষধ প্রস্তুতকারক পার্কেভেভিন্ এণ্ড কোম্পানি ট্যাবলেট আকারে প্রস্তুত করিয়াছেন। প্রতি শিশিতে ২৫টি ট্যাবলেট থাকে। মাত্রা—১টি করিয়া ট্যাবলেট দিবসে ৩ বার সেব্য।

(Index : Thera : 30)

(১) ক্রিমিরোগে মস্তিষ্কোপোগ :-বিড়ম্ব উত্তমরূপে চূর্ণ করতঃ পাতলা কাপড়ে ছাঁকিয়া একটা পরিষ্কৃত শিশিতে রাখিয়া দিবে। এই চূর্ণের ১০ আনা হইতে ১০ আনা পরিমাণ (পূর্ণ বয়স্কদিগের জন্য) মধুর সহিত মাড়িয়া দুই বেলা সেবন করাইলে ক্রিমি বিনষ্ট হয়।

(২) খেজুর পাতার রস ২ তোলা, লেবুর রস আধ তোলা ও মধু পৌনে এক তোলা একত্র মিশাইয়া কয়েকদিন সেবন করিলে ক্রিমি আরোগ্য হয়।

(৩) ঘেঁটু পাতার রস (কোনও কোন দেশে ইহাকে ভাঁট বা ভাঁউটা পাতা বলে) এক তোলা, কিঞ্চিং মধুর সহিত পান করিলে ক্রিমি আরোগ্য হয়।

(৪) আনারসের কচি পাতার রস এক তোলা কিঞ্চিং মধুর সহিত পান করিলে ক্রিমি আরোগ্য হয়।

(৫) দাড়িম্ব মূলের ছালের রস তিন তোলা, মধুর সহিত মিশ্রিত করিয়া সেবন করিলে ক্রিমি বিনষ্ট হয়। ইহা ক্রিমির অত্যাৎকৃষ্ট ঔষধ।

(৬) ক্রিমি রোগীর পক্ষে পরিষ্কৃত চূর্ণের জল প্রাতঃকালে সেবন হিতকর। আহাৰাস্তে ১টা করিয়া ডাবের জল পানও ক্রিমি রোগীর পক্ষে উপকারী। গুরুপাক ও মিষ্ট দ্রব্যাদি আহাৰ নিষিদ্ধ।

আমাশয় রোগে মস্তিষ্কোপোগ :-

(১) আমকল শাকের রস ২ তোলা মাত্রায় সেবন করাইলে সুন্দর ফল হয়।

(২) কচি বেল পোড়ার শাঁস ১/২ তোলা ও খোসা ছড়ান তিল ১/২ তোলা, আধ তোলা দধির সহিত মিশ্রিত করতঃ আমাশয় রোগীকে পান করিতে দিলে সুফল হয়।

(৩) আকন্দমূলে ছাল চূর্ণ ৫।৬ রতি—শীতল জলের সহিত আমাশয় রোগীকে সেবন করাইলে বিশেষ উপকার হয়।

ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাশ ভিষগরত্ন M. B., M. C. P. S.

স্মৃতিকাজরে স্ট্রেপ্টো-ইয়াট্রেন ও স্ট্র্যাফিলো-ইয়াট্রেন (Strepto-yatren & Straphylo-Yatren in Perperal fever) :-

জাপানের প্রসিদ্ধ চিকিৎসা বিষয়ক Sinsho Sanfijeka (July 1929) পত্রে Dr. Sei Nakajima and Dr. Kenkai Kamijo নামক দুইজন জীৱোগ চিকিৎসাবিদ লিখিয়াছেন—“সাধারণতঃ যেরূপ ভাবে স্মৃতিকাজরের চিকিৎসা করা হয়, তাহাতে বিশেষ কোন সুফল হয় না, কেবল রোগিণী দীর্ঘকাল ভোগে। অধিকাংশ স্থলেই স্ট্রেপ্টোকক্কাই বা স্ট্র্যাফিলোকক্কাই জীবাণুর সংক্রমণে পীড়ার উৎপত্তি হইতে দেখা যায়। আমরা বহুসংখ্যক স্মৃতিকাজরাক্রান্ত রোগীকে স্ট্রেপ্টো-ইয়াট্রেন বা স্ট্র্যাফিলো-ইয়াট্রেন ০.৫ সি, সি, মাত্রা হইতে আরম্ভ করিয়া ক্রমশঃ মাত্রা বদ্ধিত করতঃ ১.০ সি, সি, পর্যন্ত ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকসন দিয়া সমুদয় রোগিণীতেই সম্ভোষণজনক উপকার পাইয়াছি। সাধারণতঃ ৩—৪টা ইন্জেকসনের পরই জ্বর বন্ধ হইতে দেখা গিয়াছে। প্রত্যহ একবার করিয়া ইন্জেকসন বিধেয়। উল্লিখিত দুই প্রকার ইয়াট্রেনের মধ্যে কোন এক প্রকার ইয়াট্রেন ৩—৪টা ইন্জেকসন করিয়াও যদি জ্বরের গতি পরিবর্তিত বা জ্বর বন্ধ না হয়, তাহা হইলে উভয় প্রকার ইয়াট্রেনই ০.৫ সি, সি, মাত্রা হইতে প্রয়োগ আরম্ভ করিয়া, ১.০ সি, সি, পর্যন্ত ইন্জেকসন করা কর্তব্য। ক্রমবদ্ধিত মাত্রায় ৫.০ সি, সি, পর্যন্ত ইন্জেকসন করিলেও ইহাদের দ্বারা কোন মন্দফল উপস্থিত হয় না”।

“ফরসেপ্‌স বা হস্তদ্বারা প্রসবে এবং ফুল (প্লাসেন্টা) নির্গমনে বিলম্ব হইলে, কিম্বা গর্ভপ্রাব, বা মৃত ভ্রূণ প্রসবের পর স্ট্রেপ্টো-ইয়াট্রেন ও স্ট্র্যাফিলো-ইয়াট্রেন ০.৫ সি, সি, মাত্রায় প্রত্যহ ১—২ বার ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকসন দিলে স্মৃতিকাজরোৎপত্তির আশঙ্কা দূরীভূত হয়”।

(Japan Medical World—P. M. Augst

1930. P. 171)



ধ্বজভঙ্গ—Impotency

লেখক—ডাঃ শ্রীসন্তোষকুমার মুখোপাধ্যায় এম, বি,

সম্পাদক—ইণ্ডিয়ান মেডিক্যাল রেকর্ড।

পুরুষের শক্তি হ্রাস বা নষ্ট হইয়া অনেক যুবক মানসিক কষ্ট ভোগ করেন। চিকিৎসকগণ সাধারণতঃ এই সকল রোগীকে বথোচিং বস্ত্র সহকারে চিকিৎসা করা আবশ্যক মনে করেন না। ইহার ফলে রোগী পেটেন্ট ওষধ বিক্রোতা ও হাড়ড়ে বৈজ্ঞানিক কবলে গিয়া পড়ে।

কাম প্রস্রাব্তি ঃ—আমরা প্রথমে দেখিব, কামোত্তেজনা কিরূপে হয়। কারণ, তাহা হইলে পুরুষ-হানির প্রকৃত উৎপত্তির কারণ সহজেই বুঝা যাইবে।

ব্রীলোক দর্শনে ও স্পর্শনে এবং নারীর কথা শ্রবণের ফলে চক্ষু (optic), ষক, কর্ণ (olfactory) প্রভৃতির দ্বায়ুপথে মস্তিষ্কের কামকেন্দ্রে (Sexual centres in cerebrum) অহুত্বিত যায়। এই অহুত্বিত দ্বারা মস্তিষ্ক কামকেন্দ্রে উত্তেজিত হয় এবং এই উত্তেজনা (impulse) মেরু-রজ্জ্বতে (Spinal cord) আসে। মেরু-রজ্জ্বর যে অংশ কোমরে থাকে (lumbar and sacral cord), লিঙ্গের উত্থান-শক্তির কেন্দ্রে (erector

centres) তাহার মধ্যেই আছে। এই স্থান হইতে ঐ কামোত্তেজনা লিঙ্গ প্রভৃতি বিভিন্ন কামাদে (Sexual organs) ছড়াইয়া পড়ে।

দ্বায়ুর (তৃতীয় ও চতুর্থ—sacral nerve ও সহায়ত্বিতিক দ্বায়ুর) ক্রিয়ার ফলে পুরুষাঙ্গের মধ্যে যে ইরেক্টাইল টিস্যু (erectile tissue) আছে, তাহার মধ্যে রক্ত জমে। এইরূপে কামোত্তেজনা হইলে লিঙ্গ চারি পাঁচ গুণ ফুলিয়া উঠে ও লিঙ্গের আবরণী (tunica albuginea) সঙ্কুচিত হইয়া পড়ায় লিঙ্গ ক্ষীণ ও শক্ত হয়। অতএব আমরা দেখিতে পাইতেছি যে, কাম উত্তেজনা চক্ষু, কর্ণ, ষক, নাসিকা প্রভৃতি ইন্দ্রিয় হইতে অহুত্বিত প্রথমতঃ মস্তিষ্কের দ্বায়ুকেন্দ্রে এবং মস্তিষ্কের দ্বায়ুকেন্দ্রে হইতে মেরু-রজ্জ্বতে, তারপর মেরু-রজ্জ্ব হইতে লাগার ও সেক্সুয়াল মেরু-রজ্জ্ব মধ্যে আসিয়া লিঙ্গের উত্থান-শক্তিকে উৎসাহিত হইয়া লিঙ্গকে উত্তেজিত করে।

সেমিনাল ডিসচার্জ (Seminal discharge)—
যখন যেরূপকায় কামকেন্দ্রের উত্তেজনা চরমে উঠে, তখন
বীৰ্যপাত ও সঙ্গম শেষ হয়। বীৰ্যকোষ (seminal
vesicles) এবং প্রোষ্টেট (prostate) গ্রন্থির রস, মূত্রনলীর
প্রোষ্টেট মধ্যস্থ অংশে একত্রে মিশে। তারপর প্রোষ্টেট ও
মূত্রনলীর পেশী এবং বাল্‌ব ক্যাবারনোসি (bulbo
cavernosi) সম্বন্ধিত হইয়া ইহাকে বাহির করিয়া দেয়।
এইরূপে শুক্র ঝলিত হইয়া থাকে।

অনিচ্ছাসী শুক্র-স্ফালন :- অধিকাংশ
ক্ষেত্রেই মস্তিষ্ক কামকেন্দ্রের উত্তেজনায় ফলে লিঙ্গোচ্ছাস
হয়। কিন্তু কখন কখনও মস্তিষ্ক কামকেন্দ্রের বিনা
সাহায্যেই লিঙ্গ শক্ত হইয়া উঠে। নিদ্রাবস্থায় বীৰ্যপাত
(night polution) এই ভাবেই হয়। এক্ষণে কেহ
কি ভাবে উত্তেজনা আসে, নিয়ে তাহা বলা যাইতেছে।

লিঙ্গের চর্মনিরস্থ অংশে স্নায়ুর অন্ত (nerve ending)
আছে। হস্তমৈথুন বা অন্ত কোন উপায়ে উহাতে ঘর্ষণ
লাগিলে ঐ সকল স্নায়ু-অন্তগুলি উত্তেজিত হয় এবং ঐ
উত্তেজনা লিঙ্গের স্নায়ুপথে (dorsal nerve of the
penis) মেরুরজ্জর কামকেন্দ্রে (erector centre in
in the sacral cord) উপস্থিত হয়। রবারের বল যেমন
দেওয়ালে ঝাঙ্কা লাগিয়া ফিরিয়া আসে, সেইরূপ ঐ
উত্তেজনা মেরুরজ্জর কামকেন্দ্রে হইতে পুনরায় লিঙ্গে
ফিরিয়া আসে এবং লিঙ্গ ফুলিয়া শক্ত হইয়া উঠে। অতএব
আমরা দেখিতে পাইতে পাইতেছি যে, নিম্নলিখিত রূপে
লিঙ্গের উত্তেজনা উপস্থিত হয়। যথা—

অনেন্দ্রিয়ের স্নায়ু-অন্ত হইতে উত্তেজনা লিঙ্গের
ডর্সাল স্নায়ুতে আসে ও তথা হইতে ঐ উত্তেজনা
পুডেন্ডাস্ কমিউনিস্ (Pudendus Communice)
স্নায়ুতে এবং এই স্থান হইতে সেক্রার মেরুরজ্জতে,
তারপর তৃতীয় ও চতুর্থ সেক্রাল স্নায়ু হইতে
উৎপন্ন ইরিজেন্স (nerve erigens) নার্ভ-পথে লিঙ্গে
আসে ও উহাকে উত্তেজিত করে।

এইরূপে লিঙ্গ উত্তেজিত হইয়া পূরোক্ত প্রকারে
(শুক্রস্ফালন প্রক্রিয়া দ্রষ্টব্য) রাখে নিদ্রিত অবস্থায়

অনিচ্ছাকৃত বীৰ্যপাত হয়। মূত্রাশয় (bladder) প্রস্রাবে
পূর্ণ হইয়া প্রোষ্টেট (prostate) বা বীৰ্য্যধারের
(seminal vesicles) স্নায়ুজালের উপর চাপ দিলেও
তাহার ফলে লিঙ্গোচ্ছাস হইয়া বীৰ্যপাত হইয়া থাকে।

যে উপায়ে লিঙ্গের উচ্ছাস হয়, তাহা বলা হইল।
কোন কারণে ইহার ব্যতিক্রম হইলে পুরুষব্রহ্মচর্য হ্রাস
বা বিলুপ্ত হইয়া থাকে।

পুরুষব্রহ্মচর্যের কারণ (Causes) :-
সাধারণতঃ নিম্নলিখিত কতগুলি কারণে পুরুষব্রহ্মচর্য
হয়।

(১) শারীরিক দৌর্বল্য (General debility) :-

কোন কঠিন পীড়ার পর পুরুষব্রহ্মচর্য হ্রাস পাইতে
পারে। টাইফয়েড, কালাজর, ম্যালেরিয়া, রক্তহীনতা,
বাত, উপদংশ, মূত্রগ্রন্থি প্রদাহ (nephritis), বহুমূত্র
প্রভৃতির পীড়ার ফলে রোগীর কাম-প্রবৃত্তি হ্রাস হইতে
দেখা যায়।

(২) অন্তঃরস-স্রাবী গ্রন্থিগুলির অকর্মণ্যতা :-

নিম্নলিখিত অন্তঃরসস্রাবী গ্রন্থিগুলি (endocrine
glands) অকর্মণ্যতা হেতু পুরুষব্রহ্মচর্য উপস্থিত হইতে
পারে।

(ক) অণ্ডঃগ্রন্থি (Testis) :- অণ্ডঃগ্রন্থির কর্মক্ষমতা

কমিয়া গেলে কামোচ্ছাস কমিয়া যায়। যৌবনের পূর্বে
এই রোগ হইলে লিঙ্গের আকৃতি বালকের জায়
সুদূর হয় ও বয়োবৃদ্ধির সহিত পুরুষোচিত লক্ষণ সমূহ
দেখা দেয় না।

বাল্যাবস্থায় অণ্ড কাটিয়া “খোজা” করিলে
লিঙ্গের উদ্বেক ক্ষমতা বিলুপ্ত হয়। কিন্তু অধিক
বয়সে এক্ষণ করিলে লিঙ্গের উচ্ছাস ক্ষমতা নষ্ট নাও
হইতে পারে। বাল্যকালে খোজা করিলে
আকৃতির অনেক পরিবর্তন হয়—লিঙ্গ ক্ষুদ্রাকার
থাকিয়া যায়, দাড়ি পোঁক উঠে না এবং লিঙ্গের
উপরে যে লোম উঠে, তাহা ক্রীড়াতির জায়
হয়। পাছা ও পেটে চর্কি জমে এবং দেহের ঐ অংশ

মোটা দেখায়; মুখ ও স্তনে চর্কি জমে, গলার স্বর
জীলোকের জায় হয় এবং কামেচ্ছা থাকে না।

কমিয়া যায়। অনেকদিন ধরিয়া অভ্যাসিক যতপানেও
কামকেন্দ্রের অনিষ্ট এবং ক্রমে ধ্বংস উপস্থিত হয়।

(খ) থাইরয়েড (Thyroid gland) :—থাইরয়েডের
অন্তঃরস কমিয়া গেলেও কামেচ্ছা হ্রাস পায়।
এই সকল রোগী প্রায়ই মোটা হয়।

(৪) মানসিক অবস্থা :—মনের অবস্থার উপর
কাম প্রবৃত্তির যথেষ্ট সম্বন্ধ আছে। অনেক সময় দেখা যায়
যে, একজন পুরুষই একটি জীলোকের সহিত সঙ্গমে সমর্থ,
কিন্তু অল্প জনের সহিত সহবাস চেষ্টা করিতে গেলেই
বিফল হয়। জীর প্রতি বিরাগ, ভয়, ঈর্ষা প্রভৃতি নানা
কারণে পুরুষ শক্তি হ্রাস পাইতে পারে।

(গ) পিটুইটারি (Pituitary gland) :—যৌবনের
পূর্বে যদি পিটুইটারির অন্তঃরস কমিয়া যায়, তাহা
হইলে রোগীর লিঙ্গ ক্ষুদ্রাকার—ঠিক বালকের
জায় থাকিয়া যাইবে এবং আকৃতি পুরুষোচিত
হইবে না।

(৫) জননেদ্রিয়ের পীড়া :—

(২) মস্তিষ্কস্থ কামকেন্দ্রের বৈকল্য :—
মস্তিষ্কে আঘাত লাগিলে বা উহার মধ্যে আব প্রভৃতি
হইলে কামকেন্দ্র নষ্ট হইয়া যাইতে পারে। মেনিঞ্জাইটিস্
(মস্তিষ্কাবরণীর প্রদাহ), মস্তিষ্কের মধ্যে শিরা ছিড়িয়া
রক্তপাত (apoplexy), পক্ষাঘাত প্রভৃতির ফলেও
পুরুষত্বহানি হয়।

(ক) জন্মগত বিকলাঙ্গ—লিঙ্গ জন্ম হইতে
বিকলাঙ্গ বা অত্যন্ত ক্ষুদ্রাকার হইলেও সঙ্গমে অক্ষমতা
জন্মে বা পুরুষত্ব শক্তি নষ্ট হইতেও দেখা যায়। হিজ্‌ডারা
এই শ্রেণীর অন্তর্গত।

(৩) ঔষধের ফল :—কতকগুলি ঔষধ কামেচ্ছা
কমাইয়া দেয়। আফিংখোরদের কামেচ্ছা ও পুরুষত্ব-শক্তি
হ্রাস পায়। বেশী দিন ব্রোমাইড সেবনেও পুরুষত্ব শক্তি

(খ) লিঙ্গের আকার বৃদ্ধি—ফাইলেরিয়া রোগে
লিঙ্গ ও ফুলিয়া উঠিতে দেখা গিয়াছে। যতদিন ফুলা থাকে,
ততদিন সঙ্গম সম্ভবপর হইতে পারে না।

লিঙ্গে আব হইলেও জীমহবাস করা যায় না।

(ক্রমশঃ)

অর্শ-রোগে ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

স্টোভেন (Stovaine)	...	১ গ্রেণ।
ওর্থোফর্ম (Orthoform)	...	১৩ গ্রেণ।
এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০)		৪ মিনিম।
এক্সট্রাক্ট বেলেডোনা	...	১/৪ গ্রেণ।
কোকোয়া বাটার (Cocoa butter)	...	৫৫ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া একটি সাপোজিটরী প্রস্তুত করতঃ, সরলাস্ত্র
মধ্যে প্রযোজ্য।

(La Press Medicale. Belge)

ডিপ্‌থেরিয়া—Diphtheria

লেখক—ডাঃ এ. কে. এম. আব্দুল ওহাাহেদ B. Sc. M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন—প্রেসিডেন্সি জেনারেল হস্পিট্যাল

কলিকাতা।

এসিষ্ট্যান্ট সার্জেন—নেত্রকোণা হস্পিট্যাল (ময়মনসিংহ)

(পূর্ব প্রকাশিত ৬ষ্ঠ সংখ্যার (আখিন) ২৭৮ পৃষ্ঠার পর হইতে)

ফ্যারিংস ও ল্যারিংসের মাংসপেশী সমূহ পক্ষাঘাতগ্রস্ত হওয়ায়, রোগী গলাধঃকরণ করিতে, শব্দ উচ্চারণ করিতে, এবং কাশিয়া গলার ভিতর হইতে শ্লেষ্মা পরিষ্কার করিতে অসমর্থ হয়। ইহার সঙ্গে শ্বাসপ্রশ্বাস অনিয়মিত, শ্বাসকষ্ট, বমন এবং হার্টফেলিওর (হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া লোপ) ঘটতে পারে। রোগের চতুর্থ সপ্তাহের শেষভাগে বিস্তৃত পক্ষাঘাত দৃষ্ট হয়। গলদেশ, চক্ষু ও স্বরযন্ত্রের মাংসপেশী সমূহের পক্ষাঘাত প্রথমে আবিভূত হয় এবং পবে হস্ত, পদ ও অঙ্গুলি সমূহে কন্‌কন্‌ করা, ঝন্‌ঝনানি, অবশ বা অসাড় ভাব এবং ক্রমশঃ পক্ষাঘাত প্রকাশ পায়। কঠিন আক্রমণে মুখমণ্ডল, গলদেশ ও মেরুদণ্ডের মাংসপেশী সমূহ পক্ষাঘাতগ্রস্ত হইতে পারে। ডায়াফ্রাম ও পঞ্জরের অন্তর্কর্ত্তী মাংস পেশীসমূহ পক্ষাঘাতগ্রস্ত হইলে মারাত্মক ব্রুকোনিউমোনিয়া, ফুসফুসের কোলাপ্স ইত্যাদি ঘটতে পারে। অতি সাংঘাতিক আক্রমণে মূত্রাধার (ব্লাডার) ও মলদ্বারের (এনাসের) সঙ্কোচক মাংসপেশী বা স্ফিংটার মাসল পক্ষাঘাতগ্রস্ত হতে পারে। অতি দৈবাৎ দ্বিতীয় বা তৃতীয় মাসে হস্ত, পদের গতি বিশৃঙ্খলা দৃষ্ট হইতে পারে। বালক বালিকাদিগের এক্রপ ঘটিলে মেরিবেলার টিউমার বা যন্ত্রিকে 'অব' উৎপন্ন হইতেছে বলিয়া ধারণা হয়। অর্দ্ধাঙ্গিক পক্ষাঘাত ঘটিলে মিডল সেরিব্রাল ষ্ট্রোকিতে এধলিজন উৎপন্ন হইয়াছে, মনে করিতে হইবে

(৩) এলবুমিনিউরিয়া (Albuminuria) :—

মূহ আক্রমণে মূত্রে এলবুমিন দেখা যায় না। কিন্তু সাংঘাতিক আক্রমণে প্রথম হইতে মূত্রে অধিক পরিমাণ

এলবুমিন দেখা যায়। রোগের প্রথম সপ্তাহের পর মূত্রে এলবুমিন দৃষ্ট হয়। যেখানে হঠাৎ হার্টফেল (হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া লোপ) হইবার সম্ভাবনা, সেখানে মূত্রে অধিক পরিমাণে এলবুমিন দেখা দিলে, উহা কুলক্ষণ বলিয়া মনে করিতে হইবে।

(৪) ফুসফুসীয় উপসর্গ সমূহ (Palmonary complications) :—ফেসিয়াল ও ল্যারিঞ্জিয়াল ডিপ্‌থেরিয়ার সাংঘাতিক আক্রমণে ব্রুকোনিউমোনিয়া, বা ব্রুকোনিউমোনিয়া দেখা দিতে পারে। ইহাদের উৎপত্তির কারণ—বিভিন্ন প্রকারের রোগজীবাণু দ্বারা ফুসফুস আক্রমণ। ইহাতে জ্বর, কাশি, শ্বাসকষ্ট, নীলাভ চেহারা (সায়েনোসিস) ইত্যাদি প্রধান লক্ষণ। বক্ষঃ আকর্ণনে পরিষ্কার ভাবে কিছু শ্রুতিয়া মতামত ঠিক করা দুঃস্বপ্ন; কারণ, শ্বাসনলীতে শ্বাসপ্রশ্বাসে বাধা হইলে কিম্বা ট্রেকিওটিমি টিউব পরান থাকিলে, উহা হইতে নানা প্রকারের ধ্বনি উথিত হইতে পারে। ফুসফুসের অধিকাংশ স্থান কোলাপ্স অবস্থায় থাকিলে, উহাকে নিউমোনিয়ার জমাট বাঁধা বা প্লুরাতে প্রচুর রস সঞ্চার বলিয়া ধারণা হইতে পারে।

আবশ্যাকামুখ্য ট্রেকিওটিমি অপারেশন সম্পন্ন করিতে বিলম্ব ঘটিলে মিডায়েন ট্রাইনল টীণ্ডে অথবা অধঃস্থাতিক টীণ্ডে বায়ু সঞ্চার (Emphysema) হইতে পারে।

রোগ-নির্ণয় (Diagnosis)

বালক বালিকাদিগের গলদেশের অভ্যন্তর ভাগ প্রদাহিত হইলে ব্যাক্টেরিয়ালজিক্যাল পরীক্ষা দ্বারা ডিফথেরিয়া হয় নাই, ইহা প্রমাণিত না হওয়া পর্যন্ত নিশ্চিত হওয়া উচিত নহে।

(১) ফেসিস্যাল ডিফথেরিস্‌সাল

প্রভেদ নির্ণয়

ফেসিস্যাল ডিফথেরিয়ার সহিত নিম্নলিখিত রোগ সমূহের ভ্রম হইতে পারে। এই সকল পীড়ার বিশিষ্ট লক্ষণ দ্বারা ইহাদিগের সহিত ডিফথেরিয়ার প্রভেদ করা কর্তব্য।

(ক) টনসিলের সাধারণ তরুণ প্রদাহ (acute tonsillitis) :—ইহাতে অধিক জ্বর ও অত্যন্ত দৈহিক অবস্থির সহিত দুইদিকের টনসিল প্রদাহিত হয়। কিন্তু টনসিল নিঃসৃত রস মেঘেণ গঠন করে না।

(খ) পেরিটনসিলার গ্যাবসেস (Peritonsillar abscess) :—ইহাতে টনসিলের সম্মুখে অর্থাৎ টনসিল ও এপিরিয়ার পিলার, এতদ্বয়ের মধ্যবর্তী টীন্তে পুঁজ সঞ্চিত হয়। এপিরিয়ার পিলার প্রদাহিত ও পুঁজ পরিপূর্ণ হইয়া সম্মুখের দিকে ঠেলিয়া আসে। ইহাতে রোগীর জ্বর, জিহ্বা অত্যন্ত অপরিষ্কার, চোঁক গিলিতে ও মুখ খুলিতে কষ্ট, চোয়ালের কোণের নিকটস্থ গ্রন্থিসমূহ প্রদাহিত; টনসিল প্রদাহিত এবং একদিকের টনসিল আক্রান্ত হয়। এই সমুদয় লক্ষণ দ্বারা রোগ চিনিতে কষ্ট হয় না।

(গ) ভিনসেন্টস এঞ্জাইনা (Vincent's angina) ইহাতে একদিকের বা উভয় দিকের টনসিলের উপর রস নিঃসৃত হইয়া অতি সূক্ষ্ম আবরণ বা থ্রীলীর সৃষ্টি হয়। কিন্তু এই থ্রীলী আদৌ ডিফথেরিয়ার থ্রীলীর মত নহে। টনসিলের উপর হইতে বিকৃত হইয়া ইহা উভয় পিলার ও সফট প্যালেটের উপর পর্যন্ত প্রসারিত হয়। ক্রমে

টনসিলের উপরস্থ থ্রীলীর মধ্যস্থলে একটা ক্ষত দেখা যায়। এইস্থান হইতে রসাদি লইয়া পরীক্ষা করিলে স্পাইরোকাইট ভিলেন্টাই ও ভিনসেন্টা ফিউসিকরম ব্যাসিলি দেখা যায়। ক্রমশঃ দাঁতের খাড়িতে (gum) বা মুখাভ্যন্তরস্থ স্নায়িক থ্রীলীতে ক্ষতের অবির্ভাব হয়। রোগী একই সময় ভিনসেন্ট জীবাণু ও ডিফথেরিয়া-জীবাণু, এই উভয় দ্বারা আক্রান্ত হইতে পারে।

(৪) সিফিলিস (Syphilis) :—জন্মগত (congenital) সিফিলিস গ্রন্থ বালক বালিকা সেকেন্ডারী সিফিলিসে আক্রান্ত হইবার ফলে উহাদের গলদেশের অভ্যন্তরভাগ প্রদাহিত হইতে পারে। ইহাতে গলায় বেদনা; টনসিলস্বর ও পিলার অব ফক্সেল সমূহের উপর সূক্ষ্ম থ্রীলী প্রকাশ পাইতে পারে। ইহা দ্বারা জ্বর প্রায় দেখা যায় না। অতি শীঘ্রই হার্ডপ্যালেট বা জালু ভেদ করিয়া ছিদ্র হইয়া যায়। রোগের ইতিহাস; সিফিলিসের অন্ত্যন্ত চিহ্নসমূহ; ভ্যাসারমান রিয়াকসন্ নামক রক্ত পরীক্ষা; ক্লেবস লোকলার ব্যাসিলির অবিদ্যমানতা; সিফিলিস রোধক বা নিবারক চিকিৎসা অবলম্বনে সফল ইত্যাদি লক্ষণ ও চিহ্ন দ্বারা রোগ নির্ণয় হইয়া থাকে।

(২) ল্যারিঞ্জিটাইস ডিফথেরিস্‌সাল

প্রভেদ নির্ণয়

বালক বালিকাদিগের ক্রুপযুক্ত কাশি এবং আক্ষেপযুক্ত শ্বাসপ্রশ্বাস দেখা দিলে, ডিফথেরিয়ার কথা স্মরণ করিয়া, স্প্যাচুলা দ্বারা জিহ্বা চাপিয়া ধরিয়া, এপিগ্লটিস পরীক্ষা করিয়া দেখা উচিত। টনসিল বা ফসেসের উপর অতি ক্ষুদ্র মেঘের টুকরা দেখিতে পাইলেই, রোগীর ডিফথেরিয়াতে আক্রান্ত হইবার সম্ভাবনা আরও অধিক মনে করিতে হইবে। এপিগ্লটিসের নিকটবর্তী স্থান হইতে রসাদি লইয়া আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা করা উচিত। এই প্রকার ডিফথেরিয়াকে নিম্নলিখিত রোগ সমূহ হইতে পৃথক করা আবশ্যক।

(ক) হামজ্বরের সূত্রপাতে স্বরযন্ত্রের প্রদাহ (Laryngitis due to early stage of measles) :—ইহাতে জ্বর আক্রমণের বিবরণ, স্লেয়িক খিলীর প্রদাহের চিহ্নসমূহ এবং কপলিক চিহ্ন ইত্যাদি দ্বারা রোগ নির্ণীত হইয়া থাকে। চর্ম্মে তখনও হয়তঃ হাম বাহির নাও হইতে পারে।

(খ) স্বরযন্ত্রের সাধারণ সর্দিজনক প্রদাহ (ক্যাটারাল ল্যারিঞ্জাইটিস—Catarrhal Laryngitis) :—ইহাতে স্বরভঙ্গ, ক্রুপযুক্ত কাশি, রাত্রিকালে শ্বাসকষ্টের ঝোঁক, বর্দ্ধিতায়তন টনসিল ও এডিনয়েড্‌স এবং পূর্ববর্তী আক্রমণ ইত্যাদি দ্বারা রোগ নির্ণীত হয়।

(গ) রетроফ্যারিঞ্জিয়াল য়াব্‌সেস বা ফ্যারিংগেসের পশ্চাদ্ভাগে স্ফোটক (Retro-Pharyngeal abscess or abscess on the postereor part of the Pharynx) :—ইহাতে স্বরযন্ত্রের উপর চাপ পড়িয়া শ্বাসকষ্টের উদ্বেক হয়। অঙ্গুলী দ্বারা গলদেশের অভ্যন্তরে পরীক্ষা করিলে ইহা অনুভব করা যায়।

(ঘ) ল্যারিঞ্জিসমাস ট্রাইডুলাস (Laryngismus stridulus) :—রিকেট গ্রন্থ বালকবালিকা—যাহারা মধ্যে মধ্যে অঙ্গ প্রত্যঙ্গের আক্ষেপ অথবা সর্বাঙ্গিক আক্ষেপ দ্বারা আক্রান্ত হয়, তাহাদের মধ্যেই ল্যারিঞ্জিসমাস ট্রাইডুলাস বা স্বরযন্ত্রের আক্ষেপ দেখা যায়। ইহা ঝোঁকের আকারে মধ্যে মধ্যে প্রকাশ পায়। স্বরযন্ত্রের আক্ষেপ নিবৃত্তি হইবার শেষ মুহূর্ত্তে শিশু “ক্রো” শব্দ উচ্চারণ করে। এই প্রকার আক্ষেপ সর্বদা স্থায়ী হয় না এবং ইহাতে রোগীর স্বরভঙ্গও হয় না।

(ঙ) জন্মগত সিফিলিসের ফলে স্বরযন্ত্রের অবরোধ (Laryngeal obstruction due to congenital syphilis) :—স্বরযন্ত্রে বাহিরের কার্ষিক—২

কোন দ্রব্য আটকাইয়া যাওয়া (foreign body); স্বরযন্ত্রে প্যাণ্ডিলোমা প্রভৃতি অর্কুদের সৃষ্টি ইত্যাদি অসাধারণ রোগসমূহ হইতে ডিক্‌থেরিয়াকে নির্বাচন করার নিমিত্ত অঙ্গুলী দ্বারা পরীক্ষা, ল্যারিঞ্জোস্কোপ যন্ত্রদ্বারা পরীক্ষা এবং ব্যাস্ট্রোলজিক্যাল পরীক্ষা এবং রোগের ইতিবৃত্ত এবং রোগীর সাধারণ পরীক্ষা দ্বারা রোগ-নির্ণয় করা কর্তব্য।

ভাবীফল (Prognosis)

নিম্নলিখিত বিষয়গুলির উপর রোগীর পরিণাম নির্ভর করে। যথা;—

(ক) মেম্ব্রেনের অবস্থা ও বিস্তৃতি :—মুহু আক্রমণে এক বা উভয় টনসিলের অংশ বিশেষের উপর অথবা নাসিকার মধ্যে মেম্ব্রেন দৃষ্ট হয়। উভয় টনসিল মেম্ব্রেন দ্বারা আবৃত হইলে অবস্থা অপেক্ষাকৃত কঠিন মনে করিতে হইবে; কিন্তু রোগীর আরোগ্য লাভ অসম্ভব হয় না। নাসিকা ও উহার পশ্চাদ্ভাগ এবং ফসেসের উপর মেম্ব্রেন বিস্তৃত হইলে অবস্থা সাংঘাতিক বলিয়া মনে করিতে হইবে।

(খ) গলদেশের গ্রন্থি সমূহের প্রদাহযুক্ত বর্দ্ধিতায়তন :—গলদেশের অভ্যন্তর ভাগে মেম্ব্রেনের অবস্থান ও বিস্তৃতি রোগের সাংঘাতিকতা যতটা নির্দেশ করে; গলদেশের বহিঃ গ্রন্থি সমূহের প্রদাহ ও ক্ষীতিও ততশ সাংঘাতিক।

(গ) ল্যারিঞ্জিয়াল ডিক্‌থেরিয়া :—ইহাতে শ্বাস রোধ ও ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া হইবার ভয় থাকে।

(ঘ) সেপ্টিক ডিক্‌থেরিয়া :—ইহা খুবই সাংঘাতিক। নাসিকা হইতে প্রচুর স্লেয়া নিঃসরণ, মূত্রে প্রচুর এলবুমিন নির্গমন; গলদেশের বহু গ্রন্থির প্রদাহ ইত্যাদি কুলক্ষণ।

(ঙ) হিমোরেজিক ডিক্‌থেরিয়া :—ইহাতে নাসিকা ও মেম্ব্রেনের কিনারা হইতে রক্তপাত অসাধারণ নহে; কিন্তু চর্ম্মের মধ্যে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র রক্তপাত হইলে রোগী প্রায়ই মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

(চ) বয়স :—এক বৎসরের কম বয়স্ক শিশুদিগের প্রায়ই মৃত্যু ঘটে।

(ছ) রোগ আরম্ভের পর পুনঃ পুনঃ বমন :—ইহা মৃত্যুস্ত কুলক্ষণ।

(জ) একই সঙ্গে বিস্তৃত পক্ষাঘাত এবং হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়ানোপের সম্ভাবনা :—ইহা অতিশয় সাংঘাতিক। বিস্তৃত পক্ষাঘাত অবস্থায় শ্বাসপ্রশ্বাসের মাংসপেশীও পক্ষাঘাতগ্রস্ত হইলে ত্রুনিউমোনিয়া বা ফুসফুসের কোল্যাপ্স বা স্থায়ী সংকোচন হওয়া বা ফুসফুস ডটাইয়া বাওয়া সম্ভব। এইগুলিকেও সাংঘাতিক লক্ষণ বলিয়া মনে করা উচিত। বিস্তৃত পক্ষাঘাতের পরেও রোগী বাঁচিয়া গেলে পক্ষাঘাত সম্পূর্ণভাবে উপশম হয়। শিশুদিগের অর্ধাঙ্গিক পক্ষাঘাত স্থায়ী হইতে দেখা যায়।

(ঝ) এন্টিটক্সিন প্রয়োগের সময় :—রোগের প্রথম দিনে ডিফথেরিয়া এন্টিটক্সিন প্রয়োগ করিলে প্রায় মৃত্যু ঘটে না। পঞ্চম দিবস ও তাহার পর সময় পর্য্যন্ত এন্টিটক্সিন দিতে বিলম্ব করিলে মৃত্যুর হার শতকরা কুড়িটা বাড়িয়া যায়।

চিকিৎসা—Treatment.

ডিফথেরিয়া পীড়ার প্রধানতঃ সিরাম-চিকিৎসাই “বিশেষ চিকিৎসা” (Specific treatment) মধ্যে পরিগণিত। পীড়া প্রকাশের পর যত শীঘ্র সম্ভব সিরাম ইন্জেক্সন দেওয়া কর্তব্য। উপযুক্ত মাত্রায় এবং যথাসময়ে ইহা প্রয়োগ করিতে পারিলে, এতদ্বারা আশ্চর্যজনক অঙ্কল পাওয়া যায়—ফল দেখিয়া চমৎকৃত হইতে হয়।

এতদ্বর্থে যে সিরাম প্রস্তুত হইয়া থাকে, তাহাকে “ডিফথেরিয়া এন্টিটক্সিন” (Diphtheria antitoxin) বা “এন্টিডিফথেরিয়া সিরাম—(Antidiphtheria Serum) বলে। এই সিরাম-চিকিৎসা সবক্ষে জাতব্য বিষয়গুলি বখাতিয়ে বলা বাইতেছে।

ডিফথেরিয়া এন্টিটক্সিন সিরামের মাত্রা (Dose of Diphtheria antitoxin) :—মাত্রা ঔষধের জায় রোগীর বয়সের উপর এই সিরামের মাত্রা নির্ভর করে না। নিম্নলিখিত বিষয়ের প্রতি লক্ষ্য রাখিয়া ইহার মাত্রা নির্ধারণ করা কর্তব্য। যথা :—

(ক) পীড়ার প্রকৃতি—অর্থাৎ পীড়া মৃদু বা সাংঘাতিক প্রকারের কি না ?

(ক) পীড়ার স্থায়ীত্ব—অর্থাৎ পীড়া প্রকাশের পর কত সময় অতিবাহিত হইয়াছে ?

(খ) ডিফথেরিয়ার মেম্ব্রেনের (membrane—কৃত্রিম ঝিল্লী) বিস্তৃতি—অর্থাৎ মেম্ব্রেন কতদূর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়াছে ?

(গ) রোগজীবাণুজ বিষ (toxin) রোগীর উপর কতটা প্রভাব বিস্তার করিয়াছে ?

সাধারণতঃ অতি মৃদু আক্রমণে প্রথম বা দ্বিতীয় দিবসে ১০,০০০ ইউনিট সিরাম প্রয়োজ্য। অপেক্ষাকৃত কঠিন আক্রমণে সর্ব প্রথমেই ২০,০০০ ইউনিট সিরাম প্রয়োগ করা কর্তব্য। নাসিকার পশ্চাভাগ, ফসেস ও ল্যারিংস আক্রান্ত হইলে অবিলম্বে ১০,০০০ ইউনিট ইন্জেক্সন দিবার পর, বার ঘণ্টার মধ্যে স্বরবস্ত্রের লক্ষণ সমূহ উপশম না হইলে অথবা মেম্ব্রেন আরও বিস্তার লাভ করিবার সম্ভাবনা দেখিলে, পুনরায় ১০,০০০ ইউনিট সিরাম প্রয়োগ করিতে হইবে। তৃতীয় দিবসের পর রোগী চিকিৎসাধীন হইলে আঃ অধিক মাত্রায় সিরাম প্রয়োগ করা কর্তব্য। রোগের যতক্ষণ উপশম না হয়, ততক্ষণ ক্রমশঃ বর্ধনশীল মাত্রায় এবং আবশ্যক হইলে দিনে দুইবার করিয়া ২০,০০০, ৩০,০০০, বা ৪০,০০০ ইউনিট মাত্রায় ইন্জেক্সন করা কর্তব্য।

কেহ কেহ বলেন—“মৃদু প্রকৃতির বা সন্দেহজনক পীড়ার প্রারম্ভে (early stage in mild and doubtful case) ২০০০—৪০০০ ইউনিট প্রত্যহ একবার করিয়া এবং

মুহু প্রকৃতির পীড়াক্রান্ত রোগী যদি ১ম বা ২য় দিনে চিকিৎসাধীন হয়, তাহা হইলে ৪০০০—৮০০০ ইউনিট, ও অপেক্ষাকৃত কঠিন রোগী যদি ২য় বা তৃতীয় দিবসে চিকিৎসাধীন হয়, তাহা হইলে ৫০০০—১০,০০০ ইউনিট এবং সাংঘাতিক আক্রমণে ১০০০০—২০০০০ ইউনিট ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য।”

আবার কেহ কেহ বলেন যে,—“মোটের উপর ৩০০০০—৩৪০০০ ইউনিটের বেশী সিরাম ইঞ্জেকসনের প্রয়োজন হয় না।”

সম্প্রতি জার্মানি, আমেরিকা এবং ইংলণ্ডের অনেক গবেষকগণ অভিন্নত প্রকাশ করিয়াছেন যে, “সাংঘাতিক শ্রেণীর ডিক্‌থেরিয়ায়, ডিক্‌থেরিয়া-ব্যাসিলাসসহ ট্রিপ্টোকক্কাই জীবাণুর সাংক্রমণও দেখা গিয়াছে। এইরূপ প্রকৃতির পীড়াতেই মৃত্যুসাংখ্য অত্যধিক হইয়া থাকে। এই শ্রেণীর পীড়ায় ২০,০০০ বা ততোধিক ইউনিট “ডিক্‌থেরিয়া এন্টিটক্সিন” এবং এই সঙ্গে “এন্টিট্রিপ্টোকক্কাই সিরাম পলিভেলেন্ট” ইঞ্জেকসন দিয়া মৃত্যুর হার খুব কম হইতে দেখা গিয়াছে।”

সিরাম ইঞ্জেকসন-প্রণালী (Method of serum injection) :—১) ইন্ট্রাভেনাস (সিরামমধ্যে);
(২) ইন্ট্রাআইন্ট্রাল (যেরুমজ্ঞা মধ্যে);
(৩) ইন্ট্রামাস্কিউলার (পেশী মধ্যে) এবং
(৪) সাব্কিউটেনিয়াস (চর্মনিম্নে); এই ৪ প্রকারে সিরাম ইঞ্জেকসন দেওয়া যাইতে পারে। ইহার মধ্যে ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ সর্বোৎকৃষ্ট এবং সাংঘাতিক স্থলে অবিলম্বে উপকার প্রাপ্তিহেতু এইরূপে প্রয়োগই কর্তব্য। কিন্তু কর্তব্য হইলেও, ইন্ট্রাভেনাস সিরাম ইঞ্জেকসন নিরাপদ নহে। এইরূপ ইঞ্জেকসনের পর রোগীর অত্যন্ত কম্প ও কোল্যাম্প হইতে পারে। পৃকান্তরে, শিশুদিগের ক্ষুদ্র শিরায় এই ইঞ্জেকসন দেওয়া সম্ভব হয় না। যে স্থলে ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসন দেওয়া অপরিহার্য হইবে, সেই স্থলে অন্ততঃ

২০ মিনিট ধরিয়া—ধীরে ধীরে ইঞ্জেকসন দেওয়া এবং ইঞ্জেকসনের পর ৫ মিনিট এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) ইঞ্জেকসন দেওয়া কর্তব্য।

আমাদের দেশে প্রায় ইন্ট্রাণেরিটোনিয়াস ইঞ্জেকসন রূপে ডিক্‌থেরিয়া এন্টিটক্সিন প্রযুক্ত হইতে দেখা যায় না।

ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসনে সিরাম দ্রুত শোষিত হইয়া থাকে এবং ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনের তায় ইহা বিপজ্জনক নহে। পরন্তু, ইহাতে সিরাম তদপেক্ষা দেরীতে শরীর হইতে নিষ্কাশিত হইয়া থাকে। প্রায় ১৪ ঘণ্টার মধ্যে রক্তে সিরাম গৃহীত হয়। উন্নত বাহ্য প্রদেশে ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসন বিধেয়।

সাব্কিউটেনিয়াস ইঞ্জেকসনরূপেই সাধারণতঃ সিরাম প্রযুক্ত হইয়া থাকে। ইহাতে সিরামের ক্রিয়া ধীরে ধীরে হইয়া উহা দীর্ঘস্থায়ী হয়। বিলম্বে রোগী চিকিৎসাধীন হইলে এইরূপ ইঞ্জেকসনে সিরাম প্রয়োগ করিলে বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। নিম্নোদ্ভবের চর্মে এই ইঞ্জেকসন বিধেয়।

ইঞ্জেকসনের ব্যবধানকাল (interval of injection) :—সাধারণতঃ প্রত্যহ ইঞ্জেকসন দেওয়া কর্তব্য। কিন্তু সাংঘাতিক স্থলে প্রথমতঃ পূর্ণ মাত্রায় একবার ইঞ্জেকসন দিয়া, ১২ ঘণ্টা পরে পুনরায় অর্ধমাত্রায় ইঞ্জেকসন দেওয়া যাইতে পারে।

সিরাম ইঞ্জেকসনে প্রতিক্রিয়া (Reaction) :—সাধারণতঃ সিরাম ইঞ্জেকসনের এক সপ্তাহ পরে রোগীর চর্মে আমবাতের তায় (urticarial) দাগ বা রশাস (rash) বাহির হয়; এই সঙ্গে সামান্য বা অধিক জ্বর, বমন, অস্থিসন্ধিতে বেদনা বা রস সঞ্চয় হইতে পারে। এই সমুদয় লক্ষণই দুই একদিনে মধ্যে আদৃত হয়। বেদনার জন্ত এম্পিরিন সেবন এবং র্যাসের জন্ত কীণ তেজ বিশিষ্ট কার্বলিক লোশন বা ক্যালামিন লোশন স্থানিক প্রয়োজ্য।

যাহারা পূর্বে ডিম্ফেরিয়া সিরাম ইঞ্জেক্সন লইয়াছে বা যাহারা যাজমা রোগে ভুগিয়াছে, সিরাম ইঞ্জেক্সনের ফলে উহাদের দেহে এক প্রকার অদ্ভুত উত্তেজনার সৃষ্টি হইতে পারে। এই অবস্থাকে এনাফাইল্যাক্সিস (anaphylaxis) বলে; ইহা অতি সাংঘাতিক অবস্থা এবং ইহা সম্বাস্তরে মারাত্মক হইয়া দাঁড়ায়। এনাফাইল্যাক্সিস অবস্থাতে নিম্নলিখিত লক্ষণাবলী প্রকাশ পায়। যথা— ইঞ্জেক্সন দেওয়ার কয়েক মিনিট পরে প্রবল কম্প; হঠাৎ অতি সাংঘাতিক শ্বাসকষ্ট ও কোলাপ্স দেখা যায়। হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়ালোপ হাওয়া রোগীর মৃত্যু ঘটে। এনাফাইল্যাক্সিসের চিকিৎসার্থ মর্ফিন ও এড্রোপিন ইঞ্জেক্সন; এবং কৃত্রিম শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রিয়া করান আবশ্যক।

যেখানে এনাফাইল্যাক্সিস ঘটবার সম্ভাবনা, সেখানে প্রথমে ৫ ফোঁটা সিরাম ইঞ্জেক্সন দিয়া, এক বা দুই ঘণ্টা কাল কোন এনাফাইল্যাক্সিক লক্ষণাদি প্রকাশ পায় কি না; তাহা দেখিবার জন্ত অপেক্ষা করা উচিত। যদি কোন কুলক্ষণ প্রকাশ না পায়, তবে পূর্ণ-মাত্রায় সিরাম প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

স্থানিক চিকিৎসা—local treatment

ডিম্ফেরিয়া পীড়ায় স্থানিক কোন ঔষধ প্রয়োগে কোন উপকার হয় না। তবে পূর্ণবয়স্ক রোগীদিগকে জল মিশ্রিত হাইড্রোজেন পারক্সাইড বা অত্যন্ত পচননিবারক (antiseptic) ঔষধ প্রয়োগ করা যাইতে পারে। শিশুদিগের পীড়ায় কোন ঔষধ স্থানিক প্রয়োগ করা সম্ভব নহে।

ট্রেকিওটমি (Tracheotomy) :—

ল্যারিঞ্জিয়াল ডিম্ফেরিয়াতে অতি প্রারম্ভে সিরাম প্রয়োগ করিতে পারিলে ও রোগীকে ষ্টিম বা জলীয় বাষ্প শ্বাসপ্রশ্বাস লইতে দিলে অধিকাংশ স্থলেই ট্রেকিওটমির আবশ্যক হয় না।

এই জাতীয় ডিম্ফেরিয়াতে রোগী অত্যন্ত অস্থিরতা প্রকাশ করিলে; তাহার শ্বাসকষ্ট অত্যধিক হইলে; নিশ্বাস গ্রহণের সময় বক্ষপ্রাচীর পশ্চাদগমন করিলে (recession of chest wall; sucking in of chest wall) ট্রেকিওটমি অস্ত্রোপচার করা অপরিহার্য হয়।

ট্রেকিওটমি করার পর রোগীর হস্তপদ বাঁধিয়া রাখা কর্তব্য। রোগীকে ক্ষুদ্র তাঁবু বা মশারীর মধ্যে রাখিয়া, তন্মধ্যে মধ্যে মধ্যে স্বল্পকাল ব্যাপিয়া (১০ হইতে ২০ মিনিট কাল) জলীয় বাষ্প সঞ্চারিত করা উচিত; রোগী ঐ ষ্টিম হইতে শ্বাসপ্রশ্বাস গ্রহণ করিবে। অথ কোন প্রকার বিষ না ঘটিলে, তৃতীয় দিনে ট্রেকিওটমি নল উঠাইয়া লইতে পারা যায়।

উপসর্গ চিকিৎসা

হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়ালোপ আশঙ্কা (Heart failure) :—হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়া ক্রমশঃ হ্রাস হইয়া উহা বিলুপ্ত হইবার আশঙ্কা হইলে, রোগীকে সম্পূর্ণরূপে স্থির ভাবে শয্যায় শায়িত রাখিবার ব্যবস্থা করা সর্বতোভাবে প্রয়োজন। মলমূত্র ত্যাগও শয্যায় শায়িত অবস্থায় করিবে। রোগীর শয্যার পায়ের দিক উঁচু ও মাথার দিক নীচু করিয়া, রোগীর মাথার বালিস সরাইয়া লইতে হইবে। উদর প্রদেশ যাহাতে নিশ্চল থাকে, তজ্জন্ত রোগীর পেটের উপর বাইণ্ডার বাঁধিয়া দেওয়া কর্তব্য। মোট কথা, রোগীকে সম্পূর্ণ নিশ্চল করিয়া রাখিতে হইবে। রোগীর হৃৎপিণ্ডকে সবল করিবার নিমিত্ত প্রতি চার ঘণ্টা অন্তর নিম্নলিখিত ঔষধ ইঞ্জেক্সন করা কর্তব্য।

Re.

ষ্ট্রীকনি সালফ ... ১/১০০ গ্রেণ।

এড্রোপিন সালফ ... ১/২০০ গ্রেণ।

এড্রিভ্যালিন ক্লোরাইড সলিউশন ৫ মিনিয়।

(১০০০ ভাগে ১ ভাগ)

পরিষ্কৃত জল ... ১০ মিনিয়।

একত্র মিশ্রিত করিয়া হাইপোডার্মিক ইঞ্জেক্সন বিধেয়।

বমন (Vomiting) :—ঘন ঘন বমন ও তন্নিমিত্ত রোগী পথ্য গ্রহণে অক্ষম হইলে, নর্স্যাল স্ত্রালাইনের সহিত শতকরা ৫ ভাগ মুকোজ মিশ্রিত করিয়া মলদ্বার দিয়া (Rectal Injection) প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। এক আউন্স জলে ১০ গ্রেণ সোডি বাইকার্ব ড্রব করিয়া চার ঘণ্টা অন্তর মলদ্বার দিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

পক্ষাঘাত (Paralysis) :—সফট প্যালেটের পক্ষাঘাত দশ দিন স্থায়ী হইলে, রোগীকে চলিয়া ফিরিয়া বেড়াইতে দেওয়া যাইতে পারে। কিন্তু দেহের অগ্রভাগ পক্ষাঘাত হইলে, পক্ষাঘাতগ্রস্ত মাংসপেশী সমূহের উপর বাহ্যতে রোগী সামান্য চোটও না দেয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ লক্ষ্য রাখিতে হইবে এবং বিশেষ যত্ন সহকারে রোগীর পরিচর্যা করিতে হইবে। আরোগ্যালাভের সূত্রপাত হইবার পর পক্ষাঘাতগ্রস্ত মাংসপেশী ডলিয়া দিলে (massage) এবং পেশীতে বৈজ্যতিক কারেন্ট প্রয়োগ করিলে সুফল হয়। কিন্তু রোগের প্রারম্ভে এরূপ করা কিছুতেই উচিত নহে। অণুজীবাণু ইঞ্জেকশন রূপে স্ট্রীকনি প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

পথ্য :—সফট প্যালেট ও ফ্যারিংসের মাংসপেশী সমূহের পক্ষাঘাত ঘটিলে, নাসিকার ভিতর দিয়া কোমল রবার টিউব প্রবেশ করাইয়া, উহার মধ্য দিয়া রোগীকে তরল

পথ্য অথবা মলদ্বার দিয়া পথ্য প্রয়োগ করা যাইতে পারে। রোগের তরুণাবস্থায় যখন মূত্রের সহিত ত্রুচর এলবুমিন নির্গত হইতে থাকে, তখন দুগ্ধই সর্বোৎকৃষ্ট পথ্য। রোগের উপশম আরম্ভ হইলেই শক্ত পথ্য দেওয়া যাইতে পারে।

বিশ্রাম ও রোগীকে স্বতন্ত্রীকরণ :—

রোগী চিকিৎসাধীন হইলেই সর্বাগ্রে তাহাকে স্বতন্ত্র গৃহে— সম্পূর্ণরূপে বিশ্রামে রাখিবার ব্যবস্থা করিতে হইবে। ডিফথেরিয়া সংক্রামক ব্যাধি, স্মরণ্য ও গুণ্ণাব্যাকারী ও চিকিৎসক ব্যতীত, যাহাতে অত্র সুস্থ ব্যক্তি রোগীর সংস্রবে না থাকে, তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখা কর্তব্য।

রোগের সূত্রপাত হইতে আরম্ভ করিয়া লক্ষণানুযায়ী দুই সপ্তাহ হইতে এক মাসকাল রোগীকে সম্পূর্ণভাবে শায়িত রাখা কর্তব্য। আক্রমণ কঠিন হইলে আরও অধিককাল রোগী শয্যাশায়ী থাকিবে। তৎপরে আরোগ্যালাভের সঙ্গে সঙ্গে রোগীকে যখন প্রথম শয্যায় বসিতে দেওয়া হইবে, তখন বিশেষ যত্নসহকারে তাহার নাড়ী পরীক্ষা করিয়া দেখিতে হইবে। নাড়ী একটু অনিয়মিত বোধ হইল, কিম্বা বমন দেখা দিলে, রোগীকে আরও কিছুদিন শয্যাশায়ী রাখিতে হইবে। পক্ষাঘাত প্রকাশ পাইলেও রোগীকে শয্যাশায়ী রাখা কর্তব্য।

টাইফয়েড ফিবার—Typhoid Fever.

লেখক—ডাঃ শ্রীসতীশচন্দ্র সেন M. B.

নগাঁ—রাজসাহী।

টাইফয়েড ফিবারের অপর নাম—এন্টারিক ফিবার (Enteric fever), বা ক্যাবডোমিন্যাল টাইফাস (Abdominal typhus)।

বাসিলি অব টাইফয়েড (Bacilli of typhoid) জাতীয় আগুবীক্ষণক জীবাণুর সংক্রমণে এই পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে।

টাইফয়েড জ্বর জ্বরের (Intestine) স্থানে স্থানে ক্ষত হয়, উহার সংলগ্ন গ্রন্থিগুলি (Glands) এবং গ্রীহা সামান্য বর্ধিত হইয়া থাকে। এই জ্বরে শরীরে গোলাপী রংয়ের ত্রণ (ইরাপুলন) বাহির হয়। পেটে বেদনা হয়, পেট ফাঁপে এবং অনেকবার তরল দা্ত হইতে দেখা যায়।

টাইফয়েড জ্বর নীতিনীতোক দেশেই প্রধানতঃ দেখিতে পাওয়া যায়। ড্রেণের জল নিকাশের সুব্যবস্থা না থাকা এবং দূষিত জল ব্যবহারে টাইফয়েড জ্বরের জীবাণু নানা স্থানে বিস্তৃত হইয়া থাকে। বাটীতে ময়লা, আবর্জনা, জমা হইয়া থাকিলে এবং ড্রেণের জল যথাসময়ে পরিষ্কার না করিলে উহা পচিতে থাকে। উহা যদি কোনও বৃহৎ জলাশয়ে গিয়া পড়ে, তবে ঐ জলের সাহায্যে “টাইফয়েড-জীবাণু” দেশব্যয় ছড়াইয়া পড়ে। একজন টাইফয়েড রোগী হইতে এই জীবাণু অঙ্কুরী বা মক্ষিকার সাহায্যে, অথবা ঐ রোগী কর্তৃক দূষিত খাদ্যকে আশ্রয় করিয়া জ্বরের শরীরে প্রবেশ করিতে পারে। পল্লীগ্রাম অপেক্ষা সহরের লোকের ভিতর এই রোগ বেশী দেখিতে পাওয়া যায়। ভারতবর্ষে তিন সপ্তাহব্যাপী লজ্জাজ্বরের রোগীদের ভিতর টাইফয়েড রোগী শতকরা আশী জন।

শরৎকালে এই জ্বরের বেশী প্রাদুর্ভাব দেখিতে পাওয়া যায়। সুবা বয়সেই সচরাচর লোক এই রোগে আক্রান্ত হয়। টাইফয়েড রোগী রোগমুক্ত হইবার পরও, তাহার শরীরে টাইফয়েড-জীবাণু বহুদিনস যাবৎ বাস করিতে পারে। এই জীবাণু মনুষ্য দেহে প্রবেশ করিবার পর সাধারণতঃ দুই সপ্তাহের ভিতর এই রোগের লক্ষণ প্রকাশ পাইয়া থাকে।

লক্ষণ (Symptoms) :—প্রথম দুই তিন দিবস অতি সামান্য জ্বর হয়। পরে দিন যতই গত হইতে থাকে, জ্বরীয় উত্তাপ ততই বেশী উঠিতে থাকে ও কম নাহিতে থাকে। এক সপ্তাহ অন্তে সর্বোচ্চ পরিমাণ জ্বর দেখা দেয়। জ্বর সচরাচর ১০০° বা ১০৪° ডিগ্রির বেশী হয় না।

প্রথম সপ্তাহে—জিহ্বা অপরিষ্কার হয়, পেট সামান্য ফাঁপে ও বেদনাযুক্ত হয়। অত্যন্ত মাথা ধরে, কাহাও কাহারও কোষ্ঠকাঠিন্য হয়; কাহারও বা ২।৩ কি ততোধিকবার পাতলা দা্ত হয়। গ্রীহা সামান্য বর্ধিত হয়। কাশির লক্ষণ প্রকাশ পায়।

দ্বিতীয় সপ্তাহে—জ্বর সর্বদা ১০০ ডিগ্রি বা তাহার কিছু কম বা কিছু বেশী থাকে। পেট ফাঁপা ও পেট বেদনা প্রথম সপ্তাহ অপেক্ষা বেশী দেখা যায়। রোগী প্রলাপ বকিতে থাকে। দ্বিতীয় সপ্তাহের শেষ ভাগে জ্বর সম্পূর্ণ বিরাম হইতে পারে।

তৃতীয় সপ্তাহে—সাধারণতঃ জ্বর ক্রমশঃ কমিতে থাকে। কিন্তু এই সময়ে রোগীর নিউমোনিয়া ও হৃৎপিণ্ড অতিশয় দুর্বল হইতে পারে। রোগীর অত্যন্ত পেট ফাঁপে এবং জ্বরের ক্ষত হইতে ভয়ানক রক্তস্রাব হইতে পারে। জ্বরের কোনও স্থানে ছিন্ন হইয়া গেলে রোগীর অবস্থায় মৃত্যু হইবার সম্ভাবনা। এতদ্ব্যতীত মস্তিষ্ক অতিরিক্ত মাত্রায় আক্রান্ত হইলে রোগীর অত্যন্ত প্রলাপ এবং মাংসপেশীর নানারূপ কম্পন হয়।

চতুর্থ সপ্তাহে—রোগী ক্রমশঃ সুস্থ হইতে থাকে। জ্বর ছাড়িয়া যায় এবং উপসর্গ সমূহ দূরীভূত হয়। কিন্তু যে রোগী আশাশ্রয় নয়, তাহার হৃৎপিণ্ড অধিকতর দুর্বল হইতে থাকে, জিহ্বা শুষ্ক হয় এবং পেট ভয়ানক ফাঁপিয়া উঠে, রোগী সংজ্ঞাহীন হইয়া বিড় বিড় করিয়া বকে, কম্পিত হস্তে বিছানা ধুটিতে থাকে, শুল্বে লঘমান কোনও কালনিক বস্তু হস্তের দ্বারা ধরিতে চেষ্টা করে। অজ্ঞান অবস্থায় বিছানায় মলমূত্র ভাগ করে।

স্বাক্ষরীকৃত :—কখন কখনও রোগী সম্পূর্ণ সুস্থ হইতে পক্ষম—এমন কি, ষষ্ঠ সপ্তাহ পর্য্যন্ত লাগিতে পারে।

টাইফয়েড জ্বর ছাড়িয়া গিয়া কয়েক দিন সুস্থ থাকিবার পর হঠাৎ পুনরায় জ্বর দেখা দিতে পারে এবং এই জ্বর

৩।৪ দিবস যাবৎ স্থায়ী হইতে পারে। ইহার প্রধান কারণ—ম্যালেরিয়া বা কোষ্ঠবদ্ধতা অথবা কুপথ্য ভোজন কিংবা শারীরিক বা মানসিক উত্তেজনা।

টাইফয়েড রোগী সম্পূর্ণ সুস্থ হইবার পর পুনরায় জরাক্রান্ত হইতে পারে। এই জর ২৩ সপ্তাহের বেশী স্থায়ী হয় না।

রোগী সম্প্রক্ষে সাবধানতা :—টাইফয়েড রোগীর মলমূত্র, গয়ের প্রভৃতিতে পীড়ার জীবাণু বিস্তারিত থাকে। এই মলমূত্রাদি কোথাও ফেলিবার পূর্বে তাহার সংক্রামক দোষ নষ্ট করা দরকার। এই উদ্দেশ্যে কার্বলিক এসিড, হাইড্রার্ক্স পারক্লোরাইড, ব্লিচিং পাউডার, ফিনাইল, ইত্যাদি ব্যবহৃত হইয়া থাকে। রোগীর গয়ের কাপড়ের টুকরায় ধরিয়া, ঐ কাপড় অগ্নিতে দগ্ধ করা কর্তব্য। মল মূত্রাদির সংক্রামক দোষ যত সময় পর্যন্ত নষ্ট করা না হয়, তত সময় সেগুলি ঢাকিয়া রাখা দরকার, যেন তাহাতে মাছি না বসিতে পারে। রোগীর ব্যবহৃত বাসন ইত্যাদির সংক্রামক দোষ নষ্ট করিয়া, পরে বাটীর অপরাপর সুস্থ লোকের উহা ব্যবহার করা কর্তব্য।

যাহারা রোগীর পরিচর্যা করিবেন, তাহারা স্বীয় খাণ্ডজীবো হস্তক্ষেপ করিবার পূর্বে, কার্বলিক লোশন বা ঐরূপ সংক্রামক দোষনাশক কোনও দ্রব্যে হস্ত উত্তমরূপে ধৌত করিয়া লইবেন।

শুশ্রূষা ও পথ্যাদি :—টাইফয়েড রোগীকে প্রথম হইতেই শয্যাভাগ করিতে দিবে না। হৃৎকম্প এই রোগীর প্রধান পথ্য। ছানার জল, বোল, মলটেড মিক্স, পেপটোনাইজড মিক্স অথবা পাতলা দুগ্ধ ব্যবহৃত। পথ্য সেবনের পরই রোগীর মুখ উত্তমরূপে ধৌত করিয়া দেওয়া কর্তব্য। এই উদ্দেশ্যে গ্লিসারিন-বোরিক এসিড, কার্বলিক এসিড বা পাইওরেনিন (Pyorecin) ব্যবহার করা যাইতে পারে।

জর ১-২ ডিগ্রি বা তদুর্ধ্বে উঠিলে রোগীর মাথা খোয়াইয়া দেওয়া অথবা মাথায় বরফ দেওয়া কিংবা রোগীর সমস্ত শরীর ঈষৎকালে জলে স্নান করিয়া, শুকনা

কাপড় দিয়া গাত্র বেশ করিয়া মুছিয়া শুকনা কবল দিয়া ঢাকিয়া দেওয়া কর্তব্য।

রোগীর পরিপাক ক্রিয়া বাহাতে ভাগ হয়, সর্বপ্রথমে সেইদিকে দৃষ্টি রাখা কর্তব্য।

রোগী ২।১০ দিবস যাবৎ বিজর অবস্থায় থাকিলে, তৎপরে রোগীকে তরল পথ্যের পরিবর্তে অপেক্ষাকৃত কঠিন খাদ্য ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

চিকিৎসা—Treatment.

টাইফয়েড ফিবারের বিশেষ কোন চিকিৎসা নাই। লক্ষণানুসারে উপসর্গ দমন ও যথোচিত শুশ্রূষাই ইহার প্রধান চিকিৎসা। লক্ষণানুসারে নিম্নলিখিত ঔষধগুলি এই পীড়ায় ব্যবহৃত হইয়া থাকে। যথা—

ইউরোট্রোপিন, গ্রাফথোল, বের্গো-গ্রাফথোল, গ্রালোল, এসাকিটিডা, সিনামন অয়েল, টার্পেন্টাইন, থাইমল, আয়োডিন। এতদ্বিন্ন টাইফয়েড ভ্যাক্সিন যাহাকে ইঞ্জেক্সন করা হইয়াছে, এইরূপ লোকের শরীরের রক্ত লইয়া ইঞ্জেক্সন করিলে উপকার হয়। টাইফয়েড হইতে সত্ত্ব আরোগ্যলাভ করিয়াছে, এইরূপ ব্যক্তির শরীরের রক্ত লইয়া ইঞ্জেক্সন করিলেও রোগী আরোগ্য হইতে পারে।

বাইওল্যাকটল, হুডিনিল, ফরমিডিন, ল্যাক্টোফেনিন, প্রোপোজোট, হাইকল, টাইফয়েড ভ্যাক্সিন, সিরাম ও ফাইলোকোজেন প্রভৃতি ঔষধও ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

এই পীড়ায় ২০% পারসেন্ট ইউরোট্রোপিন সলিউশন শিরার ভিতর ইঞ্জেক্সন করিলে উপকার পাওয়া যায়। এই সলিউশন ১ সি, সি, হইতে ৫ সি, সি, পর্যন্ত ইঞ্জেক্সন করা হইয়া থাকে।

টাইফয়েড জরে রক্তদান হইতে আরম্ভ হইলে শিরাপথে ১৩০ সি, সি, রক্ত ইঞ্জেক্সন করিলে বিশেষ ফল পাওয়া যায়। ঐ রক্ত নিজেই বংশধর নীরোগ ব্যক্তির

শরীর হইতে লওয়া কর্তব্য ও নিরাপদ। ফুৎসের বেশী রকম দোষ থাকিলে এই ইঞ্জেক্সন দেওয়া কর্তব্য নহে। এতদ্ব্যতীত রক্তরোধক ঔষধ সকল ব্যবহার করা যাইতে পারে। যথা—ক্যালসিয়াম ক্লোরাইড বা ল্যাক্টাস, নার্ম্যাল হর্শ সিরাম, হিমোপ্লাষ্টিন, মর্ফিন।

রক্ত দাত হইতে আরম্ভ হইলে ৮ ঘণ্টার মধ্যে রোগীকে কিছুই খাইতে দেওয়া এবং কিছুমাত্র নাড়াচাড়া করিতে দেয়া কর্তব্য নহে। পেটের কোনও স্থলে বেদনা বোধ করিলে, ঐ স্থানে অতি সস্তূর্ণভাবে বরফ লগাইলে, উপকার হয়; কিন্তু সাবধান যেন—পেটে কিছুমাত্র চাপ না লাগে।

টাইফয়েড এন্টিটক্সিক সিরাম :-
টাইফয়েড জরে রডেটের সিরাম বিশেষ উপকারী। ইহা রোগ আরম্ভ হইবার পর ১২ দিবসের মধ্যে ইঞ্জেক্সন করা দরকার। ৫ হইতে ১০ দিনের মধ্যে ব্যবহার করিলে সর্থাপেক্ষা বেশী উপকার পাওয়া যায়। স্বকের নিম্নে (অধঃস্থচিক) ইঞ্জেক্সন করিতে হয়। প্রথম ইঞ্জেক্সনে ১৫ হইতে ২০ সি, সি, পরিমাণ প্রয়োগ করা কর্তব্য। ইহাতে শীঘ্র জ্বর কমিয়া যায়। পুনরায় অগ্নীয় উত্তাপ বৃদ্ধি হইলে, দ্বিতীয় ইঞ্জেক্সনে ১০ হইতে ১৫ সি, সি, প্রয়োগ করা উচিত। ইহাতে জ্বর কমিবার পর পুনরায় জ্বর উঠিলে ৫ হইতে ১০ সি, সি, ইঞ্জেক্সন দিতে হইবে। সাধারণতঃ ৩টা ইঞ্জেক্সনই জ্বর বন্ধ হইয়া যায়। টাইফয়েড ছাড়া অন্য কোনও জীবাণুর সংক্রমণ (ইনফেক্সন) না থাকিলে, এই ইঞ্জেক্সনে সুফল পাওয়া যায়। ইহাতে কোনও ভয়ের কারণ নাই।

টাইফয়েড ভ্যাক্সিন (Typhoid Vaccine) :- ইহা ৫০ মিলিয়ান হইতে ২৫০ মিলিয়ান ইঞ্জেক্সন করা কর্তব্য। ইহাতে অল্প দিনের ভিতর জ্বর কমিয়া আসে এবং কয়েকটা ইঞ্জেক্সনের পর জ্বর ছাড়িয়া যায়।

স্টাফাইলোকক্কাস ভ্যাক্সিন (Staphylococcus Vaccine) :- এই ভ্যাক্সিন ইঞ্জেক্সনেও অনেক স্থলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

ননস্পেসিফিক প্রোটিন থেরাপী (Nonspecific Protein therapy) :- এই মতামতানুযায়ী জ্বর দেওয়া দুগ্ধ ৫ হইতে ৮ সি, সি, পর্যন্ত লইয়া মাংসপেশীর ভিতর ইঞ্জেক্সন করিতে হয়। এই চিকিৎসা রোগের সুত্রপাত হইতে ১৪ দিনের ভিতর করিলে সন্তোষজনক ফল পাওয়া যাইতে পারে। ইহা রোগীর দেহ-প্রকৃতিকে রোগের সহিত সংগ্রামে জয়লাভ করিবার শক্তি বর্দ্ধিত করায় বলিয়া, আধুনিক বৈজ্ঞানিকগণ প্রমাণ করিয়াছেন।

ব্যাক্টেরিওফেজ (Bacteriophage) :- কোন কোন টাইফয়েড রোগীর ঠিক আমাশয়ের তায় দাত হইতে দেখা যায়। এইরূপ ক্ষেত্রে ডাঃ ডেরেলের আবিস্কৃত ব্যাক্টেরিওফেজ ব্যবহারে উপকার পাওয়া যাইতেছে। ইহা মুখপথে ৩ হইতে ৫ সি, সি, পর্যন্ত কিম্বা স্বকের নিম্নে এবং শিরার ভিতর ১/২ হইতে ২ সি, সি, পর্যন্ত প্রয়োগ করা যায়।

ব্যাসিলারি ডিসেন্টেরী — Bacillary Dysentery

লেখক—ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাশ M. B., M. C. P. & S. (c p. s.)

M. R. I. P. H. (Eng)

(পূর্ব প্রকাশিত ৬ষ্ঠ সংখ্যার (আখিন) ২৭২ পৃষ্ঠার পর হইতে)

পচা খাদ্যদ্রব্য মাছ ও ফলাদি আহারে প্রবল উদরায়ন প্রকাশ পাইয়া, অনেকটা ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরীর তরুণ অবস্থার জায় লক্ষণ প্রকাশ পায়। তখন উহার সহিত ইহার ভ্রম হওয়া আশ্চর্য্য নহে। ঐ প্রকার উদরায়নে রোগী অত্যন্ত দুর্বল হইয়া পড়ে, কিন্তু প্রচুর পরিমাণে তরল দুর্গন্ধ মলত্যাগ এবং মলে ডিসেন্টেরীর জায় রক্ত বা আম নির্গত না হওয়া লক্ষণাদি দ্বারা ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরীর প্রভেদ নির্ণয় করা যাইতে পারে। মলদ্বারে ভুক্ত মাছের কাটা বা মুগী বা পায়রা ইত্যাদির ক্ষুদ্র অস্থিখণ্ড আটকাইয়া গেলেও, অনেক সময়ে রক্ত ও আম মিশ্রিত মলত্যাগ হয়; কিন্তু এরূপ স্থলে ডিসেন্টেরীর অজ্ঞাত লক্ষণের অভাব থাকে। কখন কখন একই রোগীতে ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী এবং উল্লিখিত যে কোনও একটা পীড়া বর্তমান থাকিতেও দেখা যাইতে পারে। এরূপ স্থলে বিশেষ বিবেচনার সহিত রোগীর ইতিহাস এবং লক্ষণাবলী আলোচনা করা কর্তব্য।

আনুযজিক পীড়া বা উপসর্গ :—প্রবল পীড়ায় মলদ্বারের চতুর্দিকের চর্ম ক্ষতযুক্ত হয়। সাংঘাতিক পীড়ায় মলদ্বার নির্গমন (Prolapse of the ani) পর্যন্ত হইতে পারে এবং ইহা পূর্ণবয়স্ক রোগী অপেক্ষা, শিশুদের মধ্যেই অধিক দেখা যায়। কোন কোন এপিডেমিকে এই পীড়ার সহিত রোগীর সন্ধি সমূহে বেদনা হইতেও দেখা যায়।

কখন কখনও এই পীড়ার সহিত গুরিসি হইয়া থাকে। এই পীড়ায় অনেক সময় স্নায়ুশূলীও আক্রান্ত হইতে পারে। এরূপ স্থলে রোগীর প্যারামেজিয়া, মনোমেজিয়া

কার্তিক—৩

অথবা পৈশিক পক্ষাঘাত হইতে দেখা যায়। ইহা সাধারণতঃ ২য় বা ৩য় সপ্তাহের শেষে প্রকাশ পায়।

লেরিংসের পক্ষাঘাত বিরল নহে। হৃৎপিণ্ডের স্নায়ু-সমূহও আক্রান্ত হইয়া ব্যাকিকার্ডিয়া নামক হৃৎপিণ্ডা উপস্থিত করিতে পারে। হিকা ও হার্পিসের উৎপত্তিও বিরল নহে।

পুরাতন ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী (Chronic Bacillary Dysentery) :—পুরাতন অবস্থার লক্ষণাবলী অবিকল তরুণ অবস্থার লক্ষণ সমূহের জায়। কেবল মাত্র উহাদের প্রাবল্য, পুরাতন অবস্থায় অপেক্ষাকৃত কম হয়। পীড়া পুরাতন হইলে রোগী অত্যন্ত শীর্ণ ও দুর্বল হয় এবং অনেকে মৃত্যুর পূর্বে একেবারে অস্থি-চর্মসার হইয়া পড়ে। পুরাতন অবস্থায় মধ্যে মধ্যে পীড়ার উপশম হইতে দেখা যায়। এই সময়ে রোগীকে প্রায় গ্রহ বলিয়া বোধ হয়; রোগীও কোন অসুবিধার কথা বলে না—এমন কি, অনেক রোগী এই অবস্থায় নিজ নিজ কাজেও যোগদান দিয়া থাকে।

চিকিৎসা—Treatment.

ইহার চিকিৎসা দুইভাগে বিভক্ত করা যায়। যথা—

- (১) প্রতিরোধক চিকিৎসা (Preventive measure);
- (২) আরোগ্যকারক চিকিৎসা (Curative treatment);

প্রতিরোধক চিকিৎসা :—এই পীড়ার আক্রমণ হইতে নিজেকে রক্ষা করিতে হইলে, স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় নিয়ম-প্রণালীগুলি খুব যত্নের সহিত পালন করা কর্তব্য। বাসগৃহের চতুর্দিকে বাহাতে কোন ময়লা বা অজ্ঞান জমিতে পারে, কোথাও আবদ্ধ জল বা কাদা না থাকে; পানীর জল দূষিত না হয়; তদ্বিষয়ে লক্ষ্য রাখা উচিত। জল বিশোধিত করতঃ পান (জল উত্তমরূপে ক্ষুণ্ণ করতঃ সুপরিষ্কৃত পায়ে রাখিয়া শীতল হইলে) করা অথবা ক্ষুণ্ণ জল ফিল্টার করিয়া পান করা উচিত। পচা, বা দূষিত মাছ, মাংস বা খাদ্যদ্রব্য ভোজন না করা; বাসী জিনিস বা অতি পক অথবা পচা ফলাদি না খাওয়া—ইত্যাদি বিষয়ে বিশেষ সতর্ক হইলে, এই পীড়ার আক্রমণ হইতে নিজেকে সহজেই রক্ষা করা যাইতে পারে। কলিকাতা, বোম্বাই, দার্জিলিং, সিমলা প্রভৃতি স্থানের সুপরিষ্কৃত পল্লী সমূহের অধিবাসীদের মধ্যে—বিশেষতঃ, ইউরোপীয় সম্প্রদায়ের মধ্যে এই রোগ অতি বিরল। আমরা সাধারণ শ্রেণীর লোক—স্বাস্থ্য সম্বন্ধে বড়ই উদাসীন। সত্য পচা ও বাসী জিনিস পাইলে—চুই পয়সা বেশী দিয়া টাটকা এবং ভাল জিনিষ কিনি না। পচা বোয়াল মাছ ও ইলিশ মাছ আমাদের দেশে যত বিক্রয় হয়, তত আর কোথাও হয় কি না সন্দেহ। পেরাজ রসুন, মসলা, আদা ও অত্যন্ত লক্ষ্য দিয়া পচা মাছ, রন্ধন করিলে ইহার গন্ধ থাকে না এবং খাইতেও হয়তো ভালই হয়, কিন্তু ইহা অল্পমধ্যে ইহার নিজ পয়ুসিত বিষ উদাসীন করিবেই। এ সব কথা আমরা আদৌ ভাবি না। সত্য পচা মাছ খাওয়া অপেক্ষা, কেবল মাত্র আনুভূতে ভাত খাওয়া ও সহস্রাংশে প্রায়ঃ।

কোন বাড়ীতে এই পীড়া হইলে—বে গৃহে রোগী থাকিবে সে গৃহ, গৃহের আসবাব পত্র, তৈজসপত্র বাহা রোগী ব্যবহার করে, তদসমুদয় পরিষ্কার ও পবিত্র ভাবে রাখা উচিত। রোগীর মল মূত্রে ‘লাইসল’ বা ‘উগ্র ফেনাইল’ মিশ্রিত করতঃ, আবদ্ধ-পায়ে করিয়া দূরে কোনও স্থানে পুতিয়া ফেলা বা নষ্ট করা কর্তব্য। এই সকল

নিয়ম প্রতিপালিত হইলে, এই রোগ বিদূত হইতে পারে না। যদিও ইহা স্পর্শক্রমিক পীড়া নহে, তথাপি রোগীকে সর্বদা পৃথক রাখা এবং স্তম্ভক্যকারী ব্যতীত অন্ত কাহারও রোগীর সংস্পর্শে না যাওয়াই ভাল। কোথাও এই পীড়া দেখা দিলে, তত্রত্য অধিবাসীদিগকে কেহ কেহ এন্টিডিসেন্টেরী ভ্যাক্সিন গ্রহণ করিতে উপদেশ দেন। কিন্তু ইহাতে যে, আশাহরূপ ফল পাওয়া যায়—তাহা আমাদের জানা নাই।

(২) **আরোগ্যকারক চিকিৎসা** (Curative treatment) :—আরোগ্যকারক চিকিৎসাকে দুইভাগে বিভক্ত করা যায়। যথা—

(ক) সাধারণ চিকিৎসা (General treatment);

(খ) বিশেষ চিকিৎসা (Specific treatment);

সাধারণ চিকিৎসা :—দেখা যায় যে, অনেক মূহ প্রকৃতির পীড়া চিকিৎসকগণ ততটা যত্নের সহিত দেখেন না। অনেক সময় হয়তো রোগী সামান্যতেই সুস্থ হইয়া উঠে। কিন্তু এরূপ ভাবে অবহেলা করা কখনও উচিত নহে, তাহাতে সাংঘাতিক ফল উপস্থিত হইতে পারে। রোগীর পীড়া নির্ণয় হইবা মাত্র তাহাকে তৎক্ষণাৎ শয্যাগ্রহণের উপদেশ দেওয়া; তরল লঘুপাচ্য পথ্যের এবং আবশ্যকীয় ঔষধ ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

পীড়ার প্রথম অবস্থা হইতেই উপযুক্ত পথ্য, বিশ্রাম ও ঔষধ ব্যবস্থিত হইলে, অধিকাংশ রোগীরই ভাবীকল শুভ হইয়া থাকে। এই পীড়ার বিশ্রাম একটা শ্রেষ্ঠ চিকিৎসা। রোগীকে সর্বদাই শয্যা শয়ন করিয়া থাকিতে উপদেশ এবং শয্যাতেই মল মূত্র ত্যাগের ব্যবস্থা দেওয়া কর্তব্য। নিতান্ত লজ্জবিধা হইলে, ঐ গৃহেই রোগী বাতীর সরিতে ফেনাইল দিয়া মলমূত্র ত্যাগ করিতে পারিবে।

অত্যন্ত দুর্বলতা ও অবসাদের অন্ত রোগীর গাত্র বাহাতে সর্বদা উষ্ণ থাকে; তাহার ব্যবস্থা করা

কর্তব্য। রোগীর দেহ লেপ বা কবল দ্বারা ভাল করিয়া আবৃত রাখা এবং আবশ্যক বোধে উত্তর পার্শ্বে ও পদতলে গরম জলের বোতল ২৪টা রাখিয়া দেওয়া কর্তব্য। আবশ্যক হইলে ২ ড্রাম মাত্রায় ব্রাণ্ডী বা ৪ ড্রাম মাত্রায় রবার্টসন্ পোর্ট মধ্যে মধ্যে দিতে পারা যায়। ব্রাণ্ডীতে জল মিশাইয়া এবং পোর্ট জল মিশ্রিত না করিয়া দেওয়া উচিত। এই অবস্থায় পোর্ট বেশ ভাল। তৃষ্ণা নিবারণার্থ প্রচুর পরিমাণে জল বা তরল পদার্থ ব্যবহৃত হয়। এতদ্ব্যতীত জল সর্বোৎকৃষ্ট। নিম্নলিখিত করিয়া শীতল করতঃ, অথবা ঐ জল দ্বারা সরবৎ প্রস্তুত করিয়া কয়েক ফোটা লেবুর রস দিয়া দিতে পারা যায়। সোডা বা লেমেনেডও দেওয়া যাইতে পারে। বরফ দেওয়া কর্তব্য নহে। বরফে বিবিধ রোগবীজাণু বর্তমান থাকিতে পারে। তবে কোনও পথ্য বা জল বোতলে রাখিয়া, ঐ বোতল বরফের ভিতর কিছুকণ রাখিয়া দিলে, বোতল মধ্যস্থ জল শীতল হইবে, তখন উহা পান করিতে দেওয়া যাইতে পারে। চাউলের জল পান করিতে দিলে সুন্দর উপকার হয়। ইহা বলকারক এবং তৃষ্ণা নিবারক। ইহা নিম্নলিখিতরূপে প্রস্তুত করিতে হয়। যথা;—প্রথমতঃ খুব মিহি ও পরিষ্কৃত চাউল একটু ভাজিয়া লইতে হইবে। তারপর এই চাউল ১ তোলা এবং শীতল জল আধসের একত্রে মাটির হাঁড়ীতে করিয়া মুহূর্ত্তে সিদ্ধ করিতে হইবে। কিয়ৎকণ সিদ্ধ করিবার পর (অন্ততঃ ১০।১৫মিনিট) নামাইয়া লইবে। সাবধান যেন গাঢ় না হয়। বেশী গাঢ় হইলে জীর্ণ করা কঠিন। অতঃপর ইহা পাতলা ছাকড়ায় ছাঁকিয়া লইয়া কিঞ্চিৎ লেবুর রস, লবণ বা মিশ্রিত গুড়া মিশাইয়া পান করিতে দিবে। ইহা অতি লঘু পথ্য, কটিকারক, মূত্র বৃদ্ধিকারক এবং তৃষ্ণা নিবারক।

পিপাসা নিবারণ এবং বলকরণ জন্য বালীর জলও খুব ভাল। এতদ্ব্যতীত পাল বালী অথবা আবাদের দেশীয় বন খুব উৎকৃষ্ট। এক মুষ্টি সুপরিষ্কৃত বন, দেড় সের আন্দাজ জলে মৃৎপাত্রে অথবা এনামেলের কেটলীতে ১ ঘণ্টা কাল সিদ্ধ করিয়া পরে উহা পাতলা ছাকড়ায় ছাঁকিয়া লইয়া—

শীতল হইলে লেবুর রস ও লবণ সহযোগে কিম্বা মিশ্রিত গুড়া দিয়া পান করিতে দিবে। ইহা মূত্র বৃদ্ধিকারক, বলকারক ও তৃষ্ণা নিবারক।

ইহা ছাড়া যবের মণ্ড, ছানার জল (লেবুর রস দিয়া ছানা কাটিয়া), এলুমিনিয়াম ওয়াটার, পাতলা মৃৎপাত্র দেওয়া যাইতে পারে। নিম্নলিখিতরূপে মৃৎ প্রস্তুত করা কর্তব্য। যথা—কচি পাঠার মাংস অর্দ্ধ সের টুকরা টুকরা করিয়া কাটিয়া দেড় সের শীতল জলের সহিত আবদ্ধ মৃৎপাত্রে মুহূর্ত্তে ২ ঘণ্টা কাল সিদ্ধ করিবে। ২ ঘণ্টা সিদ্ধ হইবার পর নামাইয়া ছাঁকিয়া লইবে এবং উচ্চ থাকিতেই লবণ ও গোল মরিচের গুড়া মিশাইয়া পান করিতে দিবে। ইহাও সহজপাচ্য, বলকারক।

এই রোগে চিড়ার মণ্ডও বেশ ভাল পথ্য।

হৃদয় বমন বর্তমান থাকিলে মুখপথে কোনও পথ্য দেওয়া কর্তব্য নহে। এরূপ অবস্থায় তরল পথ্যাদি সরলান্ন পথে (রেক্ট্যাল ইঞ্জেক্সন) প্রয়োগ করা উচিত। অথবা নর্স্যাল শ্রালাইন সলিউশন্স (লবণ জল) সাব'কিউটেনিয়াস ইঞ্জেক্সন্স দিবে (যেমন ওলাউঠা রোগীকে দেওয়া হয়)।

বাসিলারী ডিসেণ্টেরীর বত রকম পথ্য আছে, তন্মধ্যে হরলিক্‌স্ মলটেড্ মিঙ্কই সর্বোৎকৃষ্ট। ইহা যেমন কটিকর, তেমনি বলকারক, মূত্রকারক, তৃষ্ণা নিবারক। ইহা সর্বপ্রকার জীবাণু শূন্য।

ঔষধীয়া চিকিৎসা (Medical treatment) ১—পীড়ার প্রারম্ভে অর্থাৎ আক্রমণের ২।১ দিনের মধ্যেই, সম্ভব হইলে বিরেচক ঔষধ দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার করিয়া দিতে পারিলে, অতি শব্দর পীড়ার উপশম হইয়া থাকে। এতদ্ব্যতীত—**জাবানিক বিরেচকই** শ্রেষ্ঠ ও নিরাপদ। আময়্য এই উদ্দেশ্যে সাধারণতঃ ম্যাগ'সাল্ফ্ বা সোডা সাল্ফ্ ব্যবহার করিয়া থাকি। ইহাদের মধ্যে যে কোনও একটা ব্যবহার করা যায়। আমি সোডা সাল্ফ্‌ই অধিক ব্যবহার করি। ইহাদের প্রত্যেকটাই অল্পমাত্রায় উত্তেজনা বর্জক মল সমূহকে নির্গত করিয়া দেয়; এই সঙ্গে অলিত এপিথেলিয়াম টিসু; আম, প্রদাহ উৎপাদক পদার্থ সমূহ এবং ডিসেণ্টেরী বাসিলারি উদ্ভূত

বিষপদার্থ (toxin) সমূহকে অল্প মধ্য হইতে নির্গত করিয়া অল্প পরিষ্কার করে। যতক্ষণ না এবং যত শীঘ্র না এই পদার্থ সমূহ সম্পূর্ণরূপে অল্প হইতে নির্গত হইয়া যায়, ততক্ষণ পর্যন্ত টক্সিমিয়ার (বিষাক্ততা) আক্রমণ হইতে রোগীকে রক্ষা করা যায় না।

স্মরণ রাখা কর্তব্য যে—ডিসেন্টেরী ব্যাসিলি দেহ-বিধান আক্রমণ করে না বা রক্তশ্রোতে উহাদিগকে দেখা যায় না। —পরন্তু, উহারা কেবল মাত্র অন্ত্রমধ্যেই দৃষ্ট হয় এবং ভণ্ডায় প্রচুর পরিমাণে বিষ পদার্থ উৎসারিত করে—বাহ্যার কলে তত্ত্ব্য লৈঙ্গিক বিক্রী প্রদাহযুক্ত হইয়া প্রচুর পরিমাণে তরল তদার্থ ও শ্লেষ্মা নিঃসৃত হয়। ইহাই পুনঃপুনঃ মল ত্যাগেচ্ছা আনয়ন করে এবং তৎসহ উক্ত শ্লেষ্মা ও অন্ত্রপ্রাচীর নিঃসৃত রক্ত নির্গত হইতে থাকে।

এই জন্তাই আমরাদিগকে এমন ঔষধের ব্যবস্থা করিতে হইবে—যদ্বারা অন্ত্র হইতে সমস্ত উত্তেজনার এবং বিষ পদার্থ সমূহ সম্পূর্ণরূপে নির্গত হইয়া যায়। এতদর্থে অল্প মাত্রায় পুনঃ পুনঃ সোডা সালফ বা অল্প যে কোনও লাবণিক বিরেচক ঔষধ প্রয়োগ করা উচিত। ইহা সাধারণতঃ ১/২—২ ড্রাম মাত্রায়, এক আউন্স জলে দ্রব করতঃ প্রতি ২ ঘণ্টান্তর—যতক্ষণ না, তরল মল নিঃসৃত হইয়া উহা অপেক্ষাকৃত গাঢ়তর হইবে, ততক্ষণ বিধেয়। অতঃপর উক্ত ঔষধের মাত্রা ক্রমশঃ হ্রাস করা কর্তব্য। অর্দ্ধ মাত্রা অথবা সিকি মাত্রায় দেওয়া যায়।

আমরা এই ঔষধ নিম্নলিখিতরূপে দিয়া থাকি :—

১। Re.

সোডা সালফ্	...	১/২—২ ড্রাম।
সোডা বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	...	১০ মিনিম।
টাং কার্ড কোঃ	...	১৫ মিনিম।
একোয়া মেথপিপ্	...	এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। মলের প্রকৃতি পরিবর্তিত না হওয়া পর্যন্ত, প্রতি মাত্রা দুই ঘণ্টান্তর সেব্য। অথবা—

২। Re.

সোডা সালফ্	...	১—২ ড্রাম।
পটাশ সাইট্রাস	...	২০ গ্রেণ।
একট্রাক্ট্ কুর্চি লিকুইড্	...	১/১০ ড্রাম।
লাইকর বিস্মাথ	...	১/২ ড্রাম।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	...	১০ মিনিম।
একোয়া	...	এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

এই ঔষধ প্রথম ২।১ মাত্রা সেবনেই মলরোধ হইয়া হইয়া যায়, কিন্তু তাই বলিয়া যেন ঔষধ বন্ধ না রাখা হয়। ৩।৪ মাত্রা সেবনের পরই আবার মল ত্যাগ হইতে থাকে—তবে সংখ্যায় অনেক কম হয়। এইরূপে ২।৪ দিনেই রোগী সুস্থ হয়। মলত্যাগ বন্ধ হওয়া ভাল নয়, সেইজন্ত ঔষধ সেবনের সঙ্গে সঙ্গে মল রোধ হইলেও, ঔষধ বন্ধ করা কর্তব্য নহে। ইহাতে সোডা সালফ্ আছে, সুতরাং ৩।৪ মাত্রা সেবনেই আবার মল ত্যাগ হইতে থাকিবে।

৩। Re.

ম্যাগ্ সালফ্	...	১/২ ১ ড্রাম।
এসিড্ সালফ্ এরোমেট্	...	৫—১০ মিনিম।
টাং জিজিবারিস্	...	৫ মিনিম।
একোয়া সিনামন	...	এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রত্যহ ৩।৪ মাত্রা সেব্য।

বিশেষ দ্রষ্টব্যঃ—সোডা সালফ বা ম্যাগ্ সালফের মাত্রা, কম পক্ষে অন্ততঃ প্রতি মাত্রায় ১ ড্রাম হওয়া কর্তব্য।

অনেকে—বিশেষতঃ, জাপান, মিশর এবং মার্কিন চিকিৎসকগণ লাবণিক বিরেচকের পরিবর্তে “ক্যাস্টোর অয়েল” ব্যবস্থা করিয়া থাকেন। অনেকে ইহা ১/৪ গ্রেণ মাত্রায় ৮ বার ব্যবহার করেন।

অনেকে অন্ত্রমধ্যস্থ দ্রবিত পদার্থ নির্গত করণার্থ ক্যাস্টর অয়েল (Castor oil) ব্যবস্থা করেন। প্রথমতঃ ১—২ আউন্স পরিমাণ ক্যাস্টর অয়েল সেবন

করাইয়া, অর্ধ গ্রেণ মাত্রায় ক্যালোমেল এক ঘণ্টান্তর—
যতক্ষণ না ১২ গ্রেণ ক্যালোমেল সেবিত হয়, ততক্ষণ
প্রয়োগ করা কর্তব্য। দ্বিতীয় এবং ৩য় দিবসে পুনরায়
উক্তরূপে কেবলমাত্র ক্যালোমেল এবং তাহার পরেই
বিস্মাথ্ সাব নাইট্রেট ৭২ গ্রেণ মাত্রায় এক ঘণ্টান্তর ৩ বার
করিয়া ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এইরূপ ভাবে কয়েক দিন
বিস্মাথ্ দিবার পর ক্রমশঃ উহার মাত্রা হ্রাস করা উচিত।

অনেকে নিম্নলিখিতরূপে ক্যাষ্টর অয়েল্ ইমালশন্ দিয়া
থাকেন :—

৪। Re.

ক্যাষ্টর অয়েল	...	১—২ ড্রাম।
মিউসিলেজ একেশিয়া		আবশ্যক মত।
এক্সট্রাক্ট কুর্চি লিকুইড		১—২ ড্রাম।
টীং হায়োসায়ামাস্	...	১০—২০ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	...	১০ মিনিম।
সিরাপ্ রোজ্	...	২ ড্রাম।
একোয়া মেছপিপ্	...	১ আউন্স।

একড্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। প্রত্যহ ৩৪
মাত্রা সেব্য।

কিন্তু এইরূপে ক্যাষ্টর অয়েল দিয়া তেমন ফল পাওয়া
যায় না। এই পীড়ার মাগ্ সালফ্ বা সোডা সালফ্ ই
সর্বোৎকৃষ্ট ঔষধ। শিশুদের পীড়ার উপযুক্ত মাত্রায়
মাগ্ সালফ্ বা সোডা সালফ্ দিলে বেশ ফল হয়। কখন
কখন সবুজ মল নির্গমনে নিম্নলিখিত ঔষধধেও বেশ
ফল পাওয়া যায়।

৫। Re.

হাইড্রাজ্ কাম্ ক্রীটা	...	১/৮—১/২ গ্রেণ।
পাল্ড্ ইপিকাক্		১/১৬—১/৪ গ্রেণ।
পাল্ড ক্রীটা এরোমেট্	...	১—৩ গ্রেণ।
পাল্ড সিনামম্	..	১/২—২ গ্রেণ।
সোডা সাইটাস্	...	১—৫ গ্রেণ।
সুগার অব্ মিক্	...	১—৩ গ্রেণ।

একড্রে ১ পুরিয়া। এইরূপ ৮ পুরিয়া। দিবসে
৩৪ পুরিয়া সেব্য।

বিশেষ চিকিৎসা (Specific treatment):—
ব্যাসিলারি ডিসেণ্টেরীতে নিম্নলিখিত কয়েকটি বিশিষ্ট ঔষধ
(Specific medicine) উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত
হয়। যথা—

(১) ইয়াট্রেন (Yatren) :—“ইয়াট্রেন—১০৫”

ব্যাসিলারী এবং এমিবিঙ্ ডিসেণ্টেরীর বহু পরীক্ষিত ঔষধ।
কিছুদিন পূর্বে আমি এতদসম্বন্ধে চিকিৎসা-প্রকাশে
বিস্তৃত আলোচনা করিয়াছি। যে কোনও ডিসেণ্টেরী
হউক না কেন—“ইয়াট্রেন” (yatren, 105;) ৫ গ্রেণ
মাত্রায় সেবনে মস্তের মত কার্য করে। যেখানে রোগ
নির্ণয় করা সহজ নহে—সেখানে ‘ইয়াট্রেন’ দিলে
আশ্চর্যরূপে পীড়ার উপশম হইয়া থাকে।

(২) স্টোভারসল (Stovarsol) :—

ব্যাসিলারী ডিসেণ্টেরীতে ইহা দ্বারা সম্ভাবজনক সফল
পাওয়া যায়। পথ্য গ্রহণের অর্ধ ঘণ্টা পূর্বে ইহা ৪ গ্রেণ
মাত্রায় প্রত্যহ ২ বার সেব্য।

(৩) এন্টিডিসেণ্টেরিক সিরাম (Antidy-

sentric serum) :— ব্যাসিলারি ডিসেণ্টেরী পীড়ার
অন্যমধ্যে যে জীবাণুজ বিষ পদার্থ (toxin) উৎপন্ন হয়,
উহা শোষিত হইয়া বিবিধ দুর্লক্ষণ উপস্থিত হইয়া থাকে।
এই বিষ পদার্থ বিনষ্ট করণার্থই এন্টিটক্সিক সিরাম
প্রয়োগের উদ্দেশ্য। অনেকে বলেন যে, সিরাম প্রয়োগে
বিশেষ কোনই উপকার হয় না। কিন্তু উপকার
না হওয়ার কারণ—যোগ নির্ণয়ের অভাব এবং উপযুক্ত
সময়ে সিরাম প্রয়োগ না করা। পূর্বেই বলা হইয়াছে যে,
সিগা, ক্লেবন্যার, হিন্ প্রভৃতি বিবিধ শ্রেণীর ব্যাসিলাস
কর্তৃক ব্যাসিলাস ডিসেণ্টেরীর উৎপত্তি হয়। ইহাদের
মধ্যে সিগা ব্যাসিলাস হইতেই এক্সোটক্সিন (extoxin)
উৎপাদিত এবং ইহা হইতেই এন্টিটক্সিন (antitoxin)
প্রস্তুত হইয়া থাকে। অত্যাগ জীবাণু হইতে যে,
এক্সোটক্সিন উৎপাদিত এবং তাহা হইতে যে এন্টিটক্সিন
প্রস্তুত হয়, তাহা সেই সকল জীবাণু উদ্ভূত পীড়াতেই
কার্যকরী হইয়া থাকে। সুতরাং যে শ্রেণীর জীবাণু

হইতে পীড়ার উৎপত্তি হয়, সেই জীবাণুর একটিমাত্র প্রয়োগ না করিলে কোন উপকার হয় না। বলা বাহুল্য, রোগীর বলের আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা ব্যতীত, কোন শ্রেণীর জীবাণু কর্তৃক পীড়া উৎপাদিত হইয়াছে, তাহা জানা যায় না।

তারপর, পীড়া প্রকাশের পর যত শীঘ্র সম্ভব—অন্ততঃ, ২৪ ঘণ্টার মধ্যে সিরাম প্রয়োগ করিতে না পারিলে, কোন উপকারের আশা করা যায় না।

জাপানে ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরীর প্রকোপ অত্যন্ত অধিক। তত্রত্য চিকিৎসকেরা পীড়ার প্রারম্ভেই প্রথমতঃ ২।৪ মাত্রা সোডা সাল্ফ্ মিশ্র দিয়া—তারপরই সিরাম ইঞ্জেক্সন দেন। সিরাম ইঞ্জেক্সন দিবার পর আর লাবণিক বিরেক ওষধ কদাচিৎ দেওয়া কর্তব্য নহে।

উদ্বের দ্রবনিয়ে সিরাম ইঞ্জেক্সন বিধেয়।

ডাক্তার সিগা নিম্নলিখিত মাত্রায় সিরাম ইঞ্জেক্সন দিতে উপদেশ দেন :—

(ক) মুহূপ্রকৃতির পীড়ায়—১০ মিলিয়ন্স মাত্রায়।

(খ) নাতিপ্রবল বা মধ্য প্রকৃতির পীড়ায়—

৬ ঘণ্টান্তর ১০ মিলিয়ন্স মাত্রায় ২ বার।

(গ) প্রবল পীড়ায়—১০ মিলিয়ন্স মাত্রায়—

৬ ঘণ্টান্তর প্রত্যহ ২ বার ইঞ্জেক্সন বিধেয়।

এইরূপে উপর্যুপরি ২।৪ দিন সিরাম ইঞ্জেক্সন দেওয়া কর্তব্য।

অতি প্রবল এবং দুর্বল ব্যাসিলারী ডিসেন্টেরী পীড়ায় প্রত্যহ ৪০—৬০ মিলিয়ন্স—এমন কি, ১০০ মিলিয়ন্স পর্যন্ত সিরাম দেওয়া যাইতে পারে। বিষাক্ততা (toximix) অত্যন্ত প্রবল থাকিলে শিরাপথে বা পেটের মধ্যেও সিরাম ইঞ্জেক্সন দেওয়া যায়। তাহাতে অবিকৃতর দ্রুত ফল পাওয়া যায়। সাধারণ চিকিৎসকের শিরাপথে সিরাম ইঞ্জেক্সন দেওয়ার চেষ্টা না করাই ভাল। সিরাম দ্বারা উপকার হইলে, অতি দ্রুত তাহার ফল দেখা যায়।

সিরাম-প্রতিক্রিয়া :—সিরাম ইঞ্জেক্সনের পরে কখন কখনও রোগীর দেহে আঘাতের মত কিছু দেখা যায়। ইহাকে সিরাম রিয়াক্সন বলে। ইহাতে রোগীর সন্ধিসমূহে বেদনা ও ক্ষতি হইতে পারে এবং রোগী আঘাতের কণ্ডুর অন্ত বস্ত্রণাও অসুভব করিতে পারে। এই সকল লক্ষণ প্রবল হইলে ইহার চিকিৎসার আবশ্যক। এতদর্থে ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড বা ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট ১৫—৩০ গ্রেণ মাত্রায় সেবন করাইলে দ্রুত ফল হয়।

সিরাম চিকিৎসার ফলেই হউক বা পূরোক্ত সোডা সাল্ফ্, ম্যাগ সাল্ফ্ মিশ্রাদি সেবনের ফলেই হউক, রোগীর মল হইতে রক্ত এবং আম তিরোহিত হইলে—দান্তে মল দেখা গিলে, অথবা মল গাঢ়তর হইতে আরম্ভ হইলেই সন্কোচক ওষধ ব্যবহেয়। এতদর্থে “বিস্মাথ্ সাবনাইট্রেট” সন্কোচক। ইহা একায়েক অথবা—“জালোন” সহ মিশ্রিত করিয়া দেওয়া যায়। বিস্মাথ একটু উচ্চ মাত্রায় দেওয়া ভাল। এতদর্থে ইহা ১/২ - ১ ড্রাম মাত্রায় এবং জালোন ৫—১০ গ্রেণ মাত্রায় ৪ ঘণ্টান্তর ব্যবহেয়।

(৪) ডিসেন্টেরী ভ্যাক্সিন (Dysentery vaccine) :—ডাঃ র্যানারী, রাকী, রক্ত প্রভৃতি চিকিৎসকগণ “পলিভ্যালেন্ট ষ্টক ডিসেন্টেরী ভ্যাক্সিন” (Polyvalent stock Dysentery Vaccine) ব্যবহার করিয়া অতি দ্রুত ফললাভ করিয়াছেন বলিয়া, মত প্রকাশ করিয়াছেন। এই ভ্যাক্সিন বাজারে কিনিতে পাওয়া যায় ও রাখিয়া দিলে দীর্ঘকাল পর্যন্ত অবিকৃত থাকে। তরুণ এবং পুরাতন, উভয় প্রকার পীড়াতেই ইহা সমান ফলপ্রদ। যেখানে সিরাম প্রয়োগে আশঙ্করূপ ফল পাওয়া যায় নাই, সেখানে এই ভ্যাক্সিন ইঞ্জেক্সন দিয়া অতি দ্রুত ফল পাওয়া গিয়াছে।

(৫) ব্যাক্টেরিওফেজ (Bacteriophage) :—আধুনিক চিকিৎসা-জগতের মহানুভাৱ আবিষ্কার—Dr. d'Herelle এর আবিষ্কৃত ব্যাক্টেরিওফেজ ব্যবহারে

বাসিলারি ডিসেণ্টেরীতে উৎকৃষ্ট ফল পাওয়া বাইতেছে বলিয়া বহু বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক অভিমত প্রকাশ করিয়াছেন * । ডিসেণ্টেরী-কেজ ১—২ সি, সি, মাত্রার প্রত্যহ সুখপথে সেবন করিতে হয়। ইহাতে মল শীঘ্রই স্বাভাবিক ও জীবাণুশূন্য এবং যাবতীয় উপসর্গ উপশমিত হইতে দেখা গিয়াছে।

উপসর্গ সমূহের চিকিৎসা

(ক) ঔদরীয় বেদনা :—ঔদরিক বেদনা ও আকোপ নিবারণার্থ উদরের উপর উষ্ণ সেক, ফোমেন্টেশন, গরম জলের বোতল প্রয়োগ ইত্যাদি উপকারক।

(খ) মলদ্বারে বেদনা :—মলদ্বারের বেদনা অসহ্য ও তীব্র হইলে অধঃপ্রাচিকরূপে মর্ফিয়া (১/৮—১/৪ গ্রেণ মাত্রায়) ইঞ্জেকশন দিলে অথবা ইহার পরিবর্তে ১/২ গ্রেণ শক্তির “ওপিয়াম সাপোজিটরী” মলদ্বার মধ্যে প্রবেশ করাইয়া দিয়া শুইয়া থাকিলে, বেদনা অচিরেই উপশম হয়। প্রবল বেদনার কেহ কেহ এট্রোপিন ১/১০০ মাত্রায়) ইঞ্জেকশন দিয়া থাকেন। এই পীড়ায় মর্ফিয়া বা অহিফেন ষটিত ঔষধ যতদূর সম্ভব প্রয়োগ না করাই কর্তব্য।

উষ্ণ নখ্যাল শালাইন সলিউশন এনিমা দ্বারা সরলাস্র পথে (Rectal injection) প্রয়োগ করিলে রোগী বেশ আরাম পায় এবং বহুক্ষণ পর্যন্ত মলতাগ হয় না ও বেশ সুস্থ ভাবেই থাকে। ইহা আবশ্যিক মত প্রত্যহ ২৩ বার দিতে পারিলে ভাল হয়।

(গ) কোল্যাপ্স (Collapse) :—হিমাদ অবস্থার উষ্ণ নখ্যাল শালাইন ইঞ্জেকশন দিতে কদাচ বিলম্ব করা কর্তব্য নহে।

(ঘ) মলদ্বারের ক্ষত ও সরলাস্রনির্গমন :—মলদ্বারের ক্ষত উত্তমরূপে সাবান ও উষ্ণজলে ধোত করতঃ তথায় কিঞ্চিৎ এলকোহল লাগাইয়া বোরিক পাউডার ছড়াইয়া দিবে এবং তুলা দ্বারা আবৃত রাখিবে।

মলদ্বার বাতির হইয়া আসিলে—উষ্ণ নখ্যাল শালাইনে তুলা ভিজাইয়া কম্প্রেস্ দিবে এবং আন্তে আন্তে ভিতরে প্রবেশ করাইয়া তুলা দ্বারা বাঁধিয়া দিবে।

পুরাতন পীড়ার চিকিৎসা

পুরাতন বাসিলারি ডিসেণ্টেরীর চিকিৎসা করা খুবই কঠিন। প্রথমতঃ রোগ নির্কীচন সম্বন্ধে নিঃসন্দেহ হইতে হইবে। যেখানে অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা মল পরীক্ষা করাইবার সুবিধা আছে, সেখানে তো কথাই নাই—কিন্তু যেখানে তাহা নাই, সেখানে খুব বিচক্ষণতার সহিত রোগীর ইতিহাস ও লক্ষণাবলীর আলোচনা করিয়া রোগ নির্ণয় করা কর্তব্য। পুরাতন অবস্থায় রোগী কিছুদিন বেশ ভাল থাকে, আবার কিছুদিন পরে রোগ দেখা দেয়। এই পুনরাক্রমণ কালের চিকিৎসা ঠিক তরুণ পীড়ার চিকিৎসার জায়। পুরাতন ও তরুণ অবস্থার মধ্যবর্তী কালে এবং পুরাতন পীড়ার রোগীর পথ্যাদির প্রতি তীব্র দৃষ্টি রাখা এবং রোগীকে একেবারে শোয়াইয়া রাখা কর্তব্য। এই অবস্থায় ক্ষুধিত দুগ্ধ, দধি, ঘোল ইত্যাদি কিঞ্চিৎ নেবুর রস বা চুণের জল মিলাইয়া পথ্যার্থ ব্যবহ্যেয়। ছানার জল, পাঁতলা স্থণ এবং ডিম্বের খেঁচভাগ

* চিকিৎসা-প্রকাশ সম্পাদক—ডাঃ শ্রীধীরেন্দ্রনাথ হালদার প্রণীত দ্বিতীয় সংস্করণ “মর্ডার ট্রিটমেন্ট অব কলেরা” পুস্তকে ডাঃ ডেরেলের আবিষ্কৃত ব্যাক্টেরিওকেজ সম্বন্ধে এ পর্যন্ত বাহা কিছু তথ্য আবিষ্কৃত ও প্রচারিত এবং বিভিন্ন দেশীয় বিশেষজ্ঞ পরীক্ষক ও গবেষকগণ দ্বারা ব্যাক্টেরিওকেজ সম্বন্ধে যে সকল বিষয় উল্লেখিত হইয়াছে, তদনুসরণই অতি বিস্তৃতভাবে লিপিত হইয়াছে। আধুনিক চিকিৎসা-জগতের এই অমূল্য নবাবিষ্কার সম্বন্ধে এরূপ বিস্তৃত বিবরণ এ পর্যন্ত কোন বাঙ্গালা পুস্তকে বা সাময়িক পত্রে প্রকাশিত হয় নাই। ঐহারা এই বিষয়কর অতৃতপূর্ব আবিষ্কারের সমুদয় বিবরণ জানিতে ইচ্ছা করেন, তাহারা উক্ত “মর্ডার ট্রিটমেন্ট অব কলেরা” পুস্তকখানি পাঠ্য করিবেন। (লেখক)

মাত্র দেওয়া যায়। ক্রমশঃ রোগী স্বস্থ হইলে চিড়ার মণ্ডসহ দুধ, সাণ্ডার পায়স, দুধ ও পাউরুটির শাঁস ইত্যাদি দিতে পারা যায়। কমলালেবুর এবং অম্ল লেবুর রস বাতীত অম্ল কোনও ফল দেওয়া যায় না। এই সকল পথ্য প্রতিবারে অতি অল্প পরিমাণে পুনঃপুনঃ দিতে পারা যায়। একবারে বেশী পথ্য দিবে না। খুব শীতল বা খুব উষ্ণ পথ্য নিষিদ্ধ। পথ্য দ্রব্যসমূহ অবস্থায় পান করিতে দিবে।

ঔষধের মধ্যে অল্প মাত্রায় ক্যাষ্টর অয়েল ইমালসন, অল্প মাত্রায় সোডা সালফ বা ম্যাগ সালফ মিশ্র; বিস্মাথ্ সাব্‌নাইট্রাস (১০—২০ গ্রেণ মাত্রায়) দিবসে ৩ বার করিয়া দেওয়া যায়। অহিফেন ও মর্ফিয়া ঘটিত ঔষধ একেবারেই বন্ধ করিয়া দিবে। নৱো রোগী তাহাতে অভ্যস্ত হইয়া পড়িবে।

পুরাতন অবস্থায় “ষ্টোর্তাসল” অথবা “ইয়াট্রেন” ভাল ঔষধ।

পুরাতন পীড়ায় উষ্ণ নর্মাল স্ফাল্টিন সলিউশন ২—৪ আউন্স সরলান্নে প্রয়োগ করিয়া কিছুকণ রাখিতে পারিলে বেশ উপকার হয়। ফট্‌কিরির ২% দ্রব; ট্যানিক এসিডের ৩% দ্রব; স্ফাল্টিনিক এসিডের ১% দ্রব; বা বোরিক এসিডের ২% দ্রব দ্রবত্ব অবস্থায় উক্ত উপায়ে সরলান্ন মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া দিলেও, বেশ ফল পাওয়া যায়।

ভ্যাক্সিন—তরুণ পীড়ার ছাত্র পুরাতন পীড়াতেও পলিভেলেন্ট ষ্টক ভ্যাক্সিন (ডিসেন্টেরী) ইঞ্জেকশন দিলেও কখন কখন ভাল ফল পাওয়া যায়। কোন চিকিৎসাতেই তেমন ফল পাওয়া না গেলে, স্থান ও বায়ু পরিবর্তনের উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। তাহাতে সুন্দর ফল হয়। গ্রীষ্মঋতু দেশের রোগীকে শীতপ্রধান স্থানে এবং শীতঋতু দেশের রোগীকে সমুদ্রতীরবর্তী স্থানে অথবা অল্প কোথাও বাইতে বলা কর্তব্য।

স্তনের বোঁটার ক্ষতে ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

ইকথিওল (Ichthyol)	...	১ ড্রাম।
ল্যানোলিন (Lanolin)	...	১২ ড্রাম।
গ্লিসারিন (Glycerin)	...	১২ ড্রাম।
অয়েল অলিভি (Oil olivæ)	২০ আউন্স।	

একত্র মিশ্রিত করিয়া স্থানিক প্রয়োগ। এই অস্থপাতে ইহা অল্প পরিমানেও প্রস্তুত করা যায়। ক্ষত স্থান কোন পচননিবারক (Antiseptic) ঔষধের লোশনে বোঁত ও পরিষ্কার করতঃ, এই ঔষধে লিণ্ট সিক্ত করিয়া ক্ষতোপরি প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(Med. Times & Hospital Gaz,)

জ্বর—Fever *

লেখক—ডাঃ ত্রিবিভূতিভূষণ চক্রবর্তী M. B.

কলিকাতা।

(পূর্ব প্রকাশিত ২৩শ বর্ষের (১৩৩৭) ১ম সংখ্যার (বৈশাখ) ২৮ পৃষ্ঠার পর হইতে)

স্যার রোনাল্ড রস (Sir Ronald Ross) ম্যালেরিয়ার নিম্নলিখিতরূপে কুইনাইন প্রয়োগের উপদেশ দিয়াছেন।
যথা—

Re.

কুইনাইন সালফ ... ৮০ গ্রেণ।

এসিড সালফ ডিল ... যথাপ্রয়োজন।

একোয়া ... এড ৮ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ৮ মাত্রা। প্রতি মাত্রা প্রত্যহ
আহারের পর সেব্য।

স্যার রোনাল্ডের চিকিৎসা-
পদ্ধতি ৪—ম্যালেরিয়াক্রান্ত রোগীর রক্ত হইতে
ম্যালেরিয়া-জীবাণু সম্পূর্ণরূপে বিনষ্ট করণার্থ স্যার
রোনাল্ড রস নিম্নলিখিত চিকিৎসা-পদ্ধতি অবলম্বন করিতে
উপদেশ দেন।

(১) প্রথম ম্যালেরিয়া জরে আক্রান্ত হইবার পরে
আরোগ্যাস্তে, যদি রোগী কিছুদিন বা ২।১ সপ্তাহ পরে
পুনরায় জরাক্রান্ত হয়, কিম্বা ম্যালেরিয়ার কোন লক্ষণ
উপস্থিত হয়, তাহা হইলে ২।১ সপ্তাহের অল্প যথেষ্ট
পরিমাণ কুইনাইন দিতে হইবে।

(২) যদি রোগী বিশেষ অসুস্থ না হয়, তাহা হইলেও
আরও ৪ সপ্তাহ ৫ গ্রেণ মাত্রায় দৈনিক দুইবার করিয়া
কুইনাইন দিতে হইবে। ইহাতে যদি পুনরায় রোগী
জরাক্রান্ত হয়, তাহা হইলে প্রত্যহ ৩ বার করিয়া কুইনাইন
ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এইরূপে ইহা এক মাস সেবন করা
উচিত। অতঃপর রোগীর রক্ত পরীক্ষা করিয়া দেখিতে

হইবে। যদি রক্তে ম্যালেরিয়া-জীবাণু তখনও বিদ্যমান
থাকে বলিয়া জানা যায়, তাহা হইলে আরও এক মাস
কুইনাইন সেবনের পরামর্শ দেওয়া কর্তব্য। অতঃপর
আরও কিছুদিন ১ মাত্রা করিয়া কুইনাইন সেবন বিধেয়।

মোট কথা, ৯ হইতে ১২ সপ্তাহ প্রত্যহ ১০ গ্রেণ
কুইনাইন খাইতে হইবে। রোগী এখন প্রত্যহ কুইনাইন
খাইবার সুফল মর্মে মর্মে অনুভব করিবে এবং আপনা
হইতেই এক দাগ করিয়া ঔষধ খাইবার প্রবৃত্তি তাহার
মনোমধ্যে স্বতঃই জাগরিত হইবে।

যদি চতুর্থ বার রোগী জরাক্রান্ত হয়, তাহা হইলে
আরও একমাস অর্ধ মাত্রায় অর্থাৎ প্রত্যহ ৫ গ্রেণ মাত্রায়
কুইনাইন খাইবে। এইরূপ মাত্রা কমাইয়া যদি
রোগী পুনরায় জরাক্রান্ত হয়, তবে আবার গোড়া হইতে
চিকিৎসা শুরু করিতে হইবে। Ross সাহেব বলেন—
“১৮৯৭ সালে তিনি যখন ম্যালেরিয়ার চর্চা (research)
করিতে দেশ বিদেশে বাহির হইয়াছিলেন, তখন তিনিও
এই রোগে আক্রান্ত হইয়াছিলেন। চারি মাসব্যাপী
একরূপে কুইনাইন সেবনের পর তিনি সম্পূর্ণরূপে নিরাময়
হইয়াছিলেন।”

অনেক স্থলে সালফেট (sulphate) কুইনাইনই
ব্যবহৃত হয়। প্রথমতঃ ইহা সস্তা, দ্বিতীয়তঃ এই প্রকার
কুইনাইন খাইয়া অনেকের কষ্ট কম হয়। Ross সাহেবের
মতে প্রাতঃভোজনের অব্যবহিত পূর্বেই ঔষধ খাওয়া
যুক্তিযুক্ত। তাহার প্রথম ও প্রধান কারণ—ঔষধ খাইবার

* এই প্রবন্ধের কতকংশ ১ম সংখ্যায় প্রকাশিত হইয়া, অবশিষ্টাংশ নানা কারণে এ পর্যন্ত প্রকাশ করা সম্ভব হয় নাই। এজন্য অনেক
পাঠক অনুযোগ করিয়াছেন। আশাকরি, গ্রাহক ও পাঠক মহোদয়গণ ক্রটি মার্জনা করিবেন। এখন হইতে ইহা ধারাবাহিকরূপেই
প্রকাশিত হইবে।

কার্তিক—৪

পর খাবার খাইলে মুখের বিকৃত স্বাদ নষ্ট হইয়া যায় এবং এই সময়ে এবং এই ভাবে খাইলে ঔষধের ক্রিয়াও খুব ক্ষত হয়।

সাধারণ ভাবে ম্যালেরিয়া জরের চিকিৎসার কথা আমরা উপরে উল্লেখ করিলাম। কিন্তু এই ভাবে চিকিৎসা করা আমাদের দুর্ভাগ্য দেশে প্রায়ই সম্ভবপর হয় না। এইরূপ ভাবে মাসের পর মাস এই একই ঔষধ খাইতে বলিলে রোগী আর ডাক্তারের “মুখদর্শন” করিবে না। সেইজন্য ডাক্তারের কর্তব্য—রোগীকে অন্ধকারে রাখিয়া বেশী মাত্রায় কুইনাইন কিছুদিন (১৫ বা ২০ দিন) খাওয়ান উচিত। অতঃপর রোগী যখন বেশ সুস্থ হইবে, তখন তাহাকে টনিক হিসাবে আর কিছুদিন (প্রায় ১ মাস)—কুইনাইন খাওয়াইতে হইবে। তবে হাওড়া হুগলী ও ২৪ পরগণা, নীয়া, যশোহর জেলার (অর্থাৎ ম্যালেরিয়াপ্রধান স্থানের) লোক যদি ম্যালেরিয়াগ্রস্ত হয় এবং রোগীর পেটে বড় গ্ৰীহা থাকে, তবে তাহাদের জন্য এই টনিকের সঙ্গে কুইনাইন ইঞ্জেকসন দেওয়ার ব্যবস্থা করিতে হইবে টনিক হিসাবে ও ইঞ্জেকসনে কুইনাইন এমন ভাবে দিতে হইবে তাহা যেন Ross সাহেবের মতকে সম্পূর্ণ সমর্থন করে। একবারে ৪ মাস পর্যন্ত এই একই ঔষধ খাইতে হইবে, রোগীকে ইহা নাই বা বলিলাম। টনিক হিসাবে আমরা নিম্নলিখিতরূপে কুইনাইন প্রায়ই ব্যবস্থা করি।

২। Re.

কুইনাইন সালফ	...	৫ গ্রেণ।
এসিড হাইড্রোক্লোরিক ডিল	...	২০ মিনিম।
লাইকর আর্সেনিক হাইড্রোক্লোরিক	২ মিনিম।	
টীং নরমডিকা	...	৪ মিনিম।
ম্যাগ সালফ	...	১/২ ড্রাম।
কেরি সালফ	...	৩ গ্রেণ।
সিসারিং পেলিন	...	১ ড্রাম।
ইনফিউসন কলবা	...	এড ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। আহারের পর প্রত্যহ ২১০ বার সেব্য।

রোগীর গ্ৰীহা বন্ধিত থাকিলে, কুইনাইন ইঞ্জেকসনের সঙ্গে সোয়াবিন ২ গ্রেণ মাত্রায় ৩ দিন অন্তর ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য।

রক্তহীনতা অধিক থাকিলে, এই সঙ্গে “সিরাপ হিমোজেন উইথ লিভার এক্সট্রাক্ট” (Syrup Hæmogen with liver extract) সেবনে বিশেষ ফল পাওয়া যায়।

শিরাসমধ্যে কুইনাইন ইঞ্জেকসন (Intravenous quinine injection) :—অনেক বিশেষজ্ঞ ব্যক্তি শিরার ভিতর দিয়া কুইনাইন ইঞ্জেকসন করিতে বলেন। সাংঘাতিক (Pernicious) ম্যালেরিয়ায় এইরূপে প্রয়োগই বিশেষ আবশ্যক। কোমাটোজ (Comatose) ম্যালেরিয়ায় ইহাই একমাত্র প্রতিষেধক। Dr. Baccalli's নিম্নলিখিতরূপে কুইনাইন ইঞ্জেকসন দিলে ফলন—

Re.

কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর	...	১৫ গ্রেণ।
সোডি ক্লোরাইড	...	১২ গ্রেণ।
ডিষ্টিল্ড ওয়াটার	...	১০ সি, সি,

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য।

কেহ কেহ বলেন—“২৫ সি, সি, নর্যাল স্ট্রালাইন সলিউশনে ১০ গ্রেণ কুইনাইন দ্রব করিয়া শিরাসমধ্যে ইঞ্জেকসন দেওয়া কর্তব্য”। আবার কেহ কেহ ২০ সি, সি, নর্যাল স্ট্রালাইনে ১০ গ্রেণ কুইনাইন, কেহ বা ১০ সি, সি, নর্যাল স্ট্রালাইনে ৩ গ্রেণ কুইনাইন দ্রব করিয়া ৬ ঘণ্টান্তর শিরাসমধ্যে ইঞ্জেকসন দিতে বলেন।

ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনরূপে কুইনাইন প্রয়োগে উপসর্গ :—ইন্ট্রাভেনাস কুইনাইন ইঞ্জেকসন দেওয়ার সময় বা ইঞ্জেকসনের পরে রোগী বিশেষে কখন কখনও বিশেষ ঝংসকষ্ট উপস্থিত হইতে দেখা যায়। অনেকের ক্ষয়ব্রতের ক্রিয়াও বন্ধ হইয়া বাইতে পারে। এজন্য কুইনাইন ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসন এতদিন বড় একটা কেহ দিভেন না। কিন্তু এখন ইহা বেশ চলিতেছে ;

রোগীরও বেশ উপকার হইতেছে। ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসন দিবার পর যদি শাসকষ্ট উপস্থিত হয়, তাহা হইলে এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন, (১ : ১০০০), ব্রান্ডি (Brandy) বা স্পিরিট এমন এরোমেট রোগীকে খাওয়াইলে, ঐ কষ্ট দূরীভূত হয়। সেইজন্য আমার মতে, ডাক্তার ঐরূপ ইঞ্জেকসন দিতে বাইবার সময় ঐ তিন প্রকার ঔষধই সঙ্গে লইয়া যাইবেন। কারণ, কুইনাইন ইঞ্জেকসনে কাহার কিরূপ উপসর্গ উপস্থিত হইবে বা হইবে না, তাহা ত' ইঞ্জেকসন দিবার পূর্বে কাহারও জানা থাকিতে পারে না। “সাবধানের “মার” নাই” — এই উক্তির সারবত্তা এই সব ক্ষেত্রেই প্রযোজ্য।

পেশীমধ্যে কুইনাইন ইঞ্জেকসন (Intramuscular quinine injection) ৩—
রোগীর অবস্থা খুব পারাপ না হইলে বা নাড়ী ভাল থাকিলে কুইনাইন ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসন দেওয়া যাইতে পারে। হঠাৎ যদি জ্বর ১০৬।১০৭ ডিগ্রি হয় ও তাহা ম্যালেরিয়াই বিবেচিত হয়, তবে মূখপথে কুইনাইন দিয়া কোন ফল পাওয়ার আশা করা যায় না। গ্লুটিয়াল রিজন (Glutial region—নিতম্বপ্রদেশ—পাছ) ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসনের উপযুক্ত ক্ষেত্র। ইলিয়াক অস্থির অগ্রভাগ হইতে কক্সিস পর্ষাস্ত লাইন ধরিয়া, তাহার মধ্যস্থলে এই ইঞ্জেকসন দেওয়া বিধেয়।

কেহ কেহ সরলায়েও (Rectal) কুইনাইন প্রয়োগে, পরামর্শ দেন। ইহাতেও সময় সময় ফলও পাওয়া যায়।

১। টাইফয়েড ফিভার (Typhoid Fever)

দীর্ঘ দিনব্যাপী জরের দ্বিতীয় স্তম্ভ—টাইফয়েড। ইহাকে সংক্রামক আখ্যায় অভিহিত করা হয়। ব্যাসিলাস টাইফোসাস (*Bacillus typhosus*) বা ব্যাসিলাস অব্ এবার্থ ও গ্যাফকি (*Bacillus of Eberth and Goffky*) * নামক আণুবীক্ষণিক জীবাণু টাইফয়েড ফিভারের উৎপাদক কারণ।

৮৮০ খৃঃ অব্দে ডাঃ ক্লেব্‌স, (Dr. klebs) ডাঃ এবার্থ (Eberth) এবং ডাঃ কচ্‌ (Dr. Koch) সর্ব প্রথমে টাইফয়েড ব্যাসিলাস আবিষ্কার করেন *। ১৮৮৪ খৃঃ অব্দে ডাঃ গ্যাফকি † (Dr. Gaffky) টাইফয়েড ব্যাসিলাস কালচার করিয়া এতদসম্বন্ধে অনেক তথ্য প্রচার করেন। কিন্তু প্রকৃত পক্ষে ১৮৪৬ খৃঃ অব্দের পূর্বে টাইফয়েড ব্যাসিলাস সম্বন্ধে প্রকৃত তথ্য উদ্ঘাটিত হয় নাই। ১৮৪৬ খৃঃ অব্দে স্নানামখ্যাত জীবাণু তত্ত্ববিদ Dr. Escherch ‡ কোলন ব্যাসিলাস আবিষ্কার করতঃ, উহা হইতে টাইফয়েড ব্যাসিলাস পৃথক করিয়া এতদসম্বন্ধে প্রকৃত তথ্য উদ্ঘাটন এবং অনেক সমস্তা ও রংস্তের সমাধান করেন।

লক্ষণ—এই রোগে আক্রান্ত হইবার পূর্বে কিছুদিন ধরিয়া রোগী অসুস্থতা অনুভব করে। যেমন—অন্ন অন্ন মাথাধরা, শীত শীত ভাব, চর্ম শুষ্ক, দেহে বেদনা, হজমে গোলমাল, বমি বমি ভাব বা বমন, পেটের অসুস্থ—অস্বস্ত:

- * Klebs Edwin. *Der Ileotyphus eine Schistomycose*, Arch. f. exper path u. pharmakol 1880. xii 231.
- * C. J. Eberth. *Die organismen in den organen bei Typhus abdominalis* Virchow's Archiv. 1838. lxxxi 58.
- * R. Koch. *Zur untersuchung von Pathgenen orgaismen*. Mitt. a. d. Kais. 1880. i, 45.
- † Gaffky. *Zur Aetologie das abdominal typhus*. Mitt. a. d. Kais Gesundheitsamte 1884.
- ‡ Theodor Escherch. *Die Darmabakterien das Saugling*, Stuttgart 1886.

যদি জ্বোলাপ দেওয়া হইয়া থাকে। বিকালের দিকে ঐ সব লক্ষণ বাড়িয়া যায়। বিকালের দিকে ১ বা আধ ডিগ্রি বেশী ও সকালের দিকে এক বা আধ ডিগ্রি উত্তাপ বাড়ে। নাড়ী (pulse) দ্রুত (৯০ হইতে ১০০) হয়; নিশ্বাস সঙ্গে সঙ্গে বাড়িয়া যায়। জিহ্বা অপরিষ্কার হয় এবং জিহ্বার অগ্রভাগ ও তাহার পার্শ্ববর্তী অংশ লাল বর্ণ ধারণ করে (অনেকটা গোমাংসের মত—Typhoid tongue)। গাত্র শুষ্ক ও গরম বোধ হয়। পেটকাঁপা ও পেটের ডানদিকের ইলিয়াক (Iliac) অংশ অতি মাত্রায় নয়ম, বেদনা যুক্ত এবং ঐ অংশ টিপিলে বা চাপ দিলে, হাতে হওয়া নির্গমনের গ্রায় “বুড়বুড়” শব্দ অম্লভূত হয় (tenderness and gurgling)।

প্রথম সপ্তাহে এইরূপ লক্ষণ সমূহ উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

দ্বিতীয় সপ্তাহে রোগ আরও বাড়িয়া যায়। সাত দিন হইতে ১২ দিনের মধ্যে (প্রায়ই ১০ দিনের দিন), পেটের উপর লোহিত বর্ণের ছোট ছোট দাগ দেখিতে পাওয়া যায় (Red spots or Rosiola)। এই ইরাপসন গুলির আকার গোল এবং উহাদের উপর চাপ দিলে উহারা মিলাইয়া যায় এবং পরে আবার দেখা দেয়। জিহ্বা অপরিষ্কার ও সাদা এবং উহার অগ্রভাগ লালবর্ণ হয়। দাঁত ও দাঁতের গোড়ায় সাদা সাদা পদার্থ জমিয়া থাকে (Sordes)। পেটকাঁপা বাড়িয়া যায়। পেটের অম্লধ্ব দেখা দেয়। কখনও বা কোষ্ঠবদ্ধ থাকে। যখন কোনও রোগী টাইফয়েড রোগে আক্রান্ত হয় এবং তাহার কোষ্ঠবদ্ধ থাকে; তখন তাহার জীবনের আশা শতকরা ৯৯.০)।

এই সপ্তাহে অনেক রোগীর ফুসফুসে ব্রঙ্কাইটিসের লক্ষণ (Bronchitis) দেখা দেয়। এই সময় ফুসফুস আকর্ষণে ফাইন বাল্স (fine ralse) পাওয়া যায়। জ্বরও ক্রমশঃ বৃদ্ধি হইতে থাকে। জ্বরীয় উত্তাপ ১০২, ১০৩, কখনও বা ১০৪ ডিগ্রি পর্যন্ত হয়। প্রস্রাব পরিমাণে অল্প ও লালবর্ণ হয় এবং প্রস্রাবে প্রচুর ইউরেট (urates) নির্গত হইতে থাকে। ক্রমে ক্রমে রায়বিক

দুর্বলতা আরম্ভ হয়—মানসিক অবসাদ, তন্দ্রা বা মোহাচ্ছন্নভাব, রোগীকে ডাকিয়া ডাকিয়া “সাদা” লইতে হয়; জিহ্বা বাহির করিতে বলিলে সহজে জিহ্বা ভিতরে টানিয়া লইতে পারে না। কাণে কম শুনিতে থাকে (Deafness), রোগীর হাত পা কাঁপিতে থাকে; রোগী বিছানা “খুঁটিতে” (picking) থাকে। মৃদু স্ববে ভুল বকা (lowmuttering delirium) আরম্ভ হয়। স্মরণ রাখা কর্তব্য, দ্বিতীয় সপ্তাহে সচরাচর হৃদযন্ত্রের ক্রিয়া বন্ধ হইয়া রোগী মারা যাইতে পারে)।

তৃতীয় সপ্তাহ—১৪ হইতে ২১ দিন। এই সময়ে ক্রমবর্দ্ধমান লক্ষণ সমূহ পরিদৃষ্ট হয় তারপর, ধীরে ধীরে রোগী সুস্থ হইতে থাকে—জ্বর ছাড়িয়া যায়; বিকালের জ্বর পূর্নদিন অপেক্ষা কম উঠে। পেটের অম্লধ্ব কমিয়া যায়; নাড়ী (pules) ধীর ও বলবান্ এবং জিহ্বা আর্ত্র হয়। রোগী দিন দিন সুস্থ হইতে থাকে। এক সপ্তাহের মধ্যে জ্বর একবারে ছাড়িয়া যাইতে পারে। তবে রোগীর ভাবীফল অশুভ হইলে লক্ষণ সমূহ ক্রমশঃ বাড়িয়া যায়। এরূপ স্থলে জ্বর, পেটের অম্লধ্ব, ভুল বকা, সবই বেশী হইতে থাকে। এই অবস্থায় জ্বর ছাড়িবার আর কোনও আশা থাকে না। তখন পর সপ্তাহের জন্ত অপেক্ষা করিতে হয়। এখানেও একটা কথা স্মরণ রাখা উচিত যে এই সপ্তাহে রোগীর রক্তস্রাব (Hæmorrhage) হইতে পারে বা অস্ত্র নাড়ী ছিঁড়িয়া (perforation) যাইতে পারে।

চতুর্থ সপ্তাহে—জ্বর একদম ছাড়িয়া যায় ও রোগী আরোগ্যের পথে অগ্রসর থাকে। কিন্তু কোন কোনও স্থলে আবার ইহার বৈলক্ষণ্য লক্ষিত হয়। এরূপ স্থলে জ্বর ও পেটের অম্লধ্ব বাড়িয়া যায়; ব্যাধি রক্ত মূর্ত্তি ধারণ করে; পেটে ব্যথা ও পেটকাঁপা বদ্ধিত হয়; রোগী দুর্বল হইয়া পড়ে ও জ্ঞানহীনের মত বিছানার একপাশেই শুইয়া থাকে; অতীতের স্থবৃতি বিজড়িত জীবন, হৃৎখে ঘনায়মান কালিমায় পর্যাবসিত হয়; জিহ্বা ও দাঁত কৃষ্ণবর্ণে রঞ্জিত হইয়া পড়ে ও অপরিষ্কার

জ্বরে (Sordes) পরিপূর্ণ হয়; তুল বকা সমানে চলে ও রোগী ধীরে ধীরে অজ্ঞান ভিমিরের মাঝখান দিয়া জীবন-তরী পরপারে বাহিয়া যায়। কখনও বা জীবন-মৃত্যুর সন্ধিস্থলে দাঁড়াইয়া ভাগ্যবান রোগী সমান ভালে নিজ ভাগ্যের জয় ঘোষণা করে। এক্রপ ক্ষেত্রে প্রায় ৩৫ বা ৩৬ বা ৪১ দিনে জ্বর ছাড়িয়া যায় এবং রোগী আরোগ্যের পথে অগ্রসর হইতে থাকে। এই সময় গুণ্ণবাকারী ও ডাক্তারের বিশেষ সাবধানতার আবশ্যক। খাদ্য জ্বা যেন নিয়মিত ভাবে চলে, রোগী যেন একবারে তৎপদ ও দুর্বলতম হইয়া না যায়; তদ্বিষয়ে লক্ষ্য রাখা কর্তব্য।

প্রকারভেদ :- (১) টাইফয়েড রোগ বড়ই ভয়ঙ্কর। কখনও বা ইহা বড়ই সরল ও শান্ত। (২) কখনও বা এমন ভয়ানক যে, ইহার স্বরূপ নির্ণয় করা সাধ্য হইয়া উঠে। (৩) কখনও বা জ্বর একদম থাকে না—কেবল অঙ্গের অবস্থা অনুসরণ করিয়া ও রক্ত বা মল পরীক্ষা করিয়া রোগ নির্ণয় করিতে হয়। (৪) কখনও বা জ্বর কম থাকে ও রোগী নিজ কার্য্য করিয়া যায়—অবশেষে রক্তস্রাব (Haemorrhage) বা অস্ত্র নাড়ী ছিঁড়িলে (perforation) তবে রোগ নির্ণীত হয়। এইরূপ রোগের চলিত নাম “ওয়ার্কিং টাইফয়েড” (Walking typhoid)। (৫) ভয়ানক রকমে যখন ইহার আবির্ভাব হয়—তখন জ্বর উত্তোরোত্তর বাড়িয়াই চলে, বাধা যানে না—বাঁধ ভাঙ্গা অলপ্রপাতের মত অচিরে জীবনের পথ বদলাইয়া দেয়।

লক্ষণ ও রোগ-প্রকৃতির বিভিন্নতা (Variations in Symptoms and course) :- লক্ষণ ও রোগ-প্রকৃতির বিভিন্নতা অনুসারে এই পীড়ার আক্রমণকে নিম্নলিখিত কয়েক প্রকারে বিভক্ত করা হইয়াছে। যথা : -

(১) আকস্মিক আক্রমণ (Abrupt onset) :- ইহাতে সাধারণতঃ নিম্নলিখিত লক্ষণ প্রকাশ পায়।

উত্তাপ (Temperature) :- টাইফয়েড ফিভারের রোগী বিশেষে এইরূপ আক্রমণে জরীয় উত্তাপের বিশেষত্ব লক্ষিত হয়। যথা—

(ক) কাহার কাহারও জ্বর খুব কম হয় এবং উত্তাপ অনিয়মিত ভাবে হ্রাস বৃদ্ধি হইতে থাকে। উত্তাপ ১০২ ডিগ্রির বেশী হইতে দেখা যায় না।

(খ) কোন কোন রোগীর জ্বর খুব বাড়িয়া যায়। জ্বর বৃদ্ধির সময় শীত ও কম্প হইতে পারে। উত্তাপ ১০২—১০৩।১০৪ ডিগ্রি পর্যন্ত হইতে পারে।

(গ) কোন কোন রোগীর জ্বর সবিরাম বা অবিরাম—টিক ম্যালেরিয়া জরের আদ্য দৃষ্ট হয়।

(ঘ) কোন কোন স্থলে শীত করিয়া জ্বর আসে এবং জরের সঙ্গে অত্যন্ত মাথাধরা উপস্থিত হয় ও ঘর্ম হইয়া জ্বর ছাড়িয়া যায়। ইহাকে “সুডোরাল টাইফয়েড” (Sudoral typhoid) বলে।

সাধারণ লক্ষণ (General symptoms) :- টাইফয়েড ফিভারের সাধারণ লক্ষণ সমূহ প্রায় সাংঘাতিক হয়।

(২) ফেরিংসের লক্ষণযুক্ত আক্রমণ (Onset with Pharyngeal symptoms) :- এইরূপ আক্রমণের সঙ্গে সঙ্গে রোগীর সাংঘাতিক রকমের সোরথ্রোট (Sore throat—গলক্কত) প্রকাশ পায়। ফেরিংস লাল, টন্সিল ক্ষীত এবং প্রবল সর্দির লক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

(৩) উদরীয় লক্ষণযুক্ত আক্রমণ (Onset with abdominal symptoms) :- এইরূপ আক্রমণে অকস্মাৎ জরসহ বমন, বমনোদ্বেগ (nausea), উদরে বেদনা ও কঠিনতা প্রকাশ পায়। কোন কোন স্থলে তরুণ পাকস্থলী প্রদাহ বা পেরিটোনাইসের লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে।

(৪) শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্র সম্বন্ধীয় লক্ষণযুক্ত আক্রমণ (Onset with Respiratory symptom) :- এইরূপ আক্রমণে শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্র

স্বকীয় বিবিধ লক্ষণ—প্রধান লক্ষণরূপে আবির্ভূত হয়। ইহাতে প্রাথমিক সামান্য ব্রাইটিস ক্রমে সাংঘাতিক আকার ধারণ করে; অত্যন্ত উত্তাপ বৃদ্ধি; ঘর্ম; নাড়ী (pulse) ও শ্বাসপ্রশ্বাসের ক্রতত্ব এবং সাধারণ ব্রাইটিসের লক্ষণ সমূহ তীব্রভাবে প্রকাশ পায়।

কোন কোন স্থলে নিউমোনিয়ার লক্ষণ প্রকাশ পায়। “এবার্থ ব্যাসিলাসের” সংক্রমণই ইহার প্রধান কারণ। নিউমোনিয়া আক্রমণের প্রথমেই কম্প ও বুকে পিঠে বেদনা (Pleuretic pain) প্রকাশ পাইয়া, ক্রমে নিউমোনিয়ার সাধারণ ও ভৌতিক লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হয়। গরের লৌহ কলঙ্কবৎ (rusty colour) হইতে দেখা যায় কিন্তু বিশেষত্ব এই যে, এইরূপ নিউমোনিয়া ধীরে ধীরে নিজ লক্ষণসমূহ প্রকাশ করে আসল নিউমোনিয়ার মত ক্রতগামী নহে। ৯ম বা দশম দিনে নিউমোনিয়ার মত জ্বর কমে বটে, কিন্তু একেবারে ছাড়িয়া যায় না অর্থাৎ ক্রাইসিস (crisis) হয় না। এই সময় টাইফয়েডের লোহিত বর্ণ দাগগুলি (Red spots) পেটের উপর দেখা দেয় এবং পেটের অস্থখ আরম্ভ হয়। জরের মাত্রা বাড়িয়াই চলে (Hyperpyrexia); উত্তাপ ১০৫° বা কখনও ১০৭° ডিগ্রি হইতে দেখা যায়—তারপর জ্বর কমে। তবে যদি এই জ্বর না কমিয়া কেবল বাড়িয়াই চলে, তবে দ্বিতীয় সপ্তাহের শেষ ভাগে অথবা তৃতীয় সপ্তাহের প্রথমেই রোগীর অকল্যাণকর ঘটনা ঘটে। এরূপ ক্ষেত্রে জ্বর দেখিয়া রোগীর ভবিষ্যৎ সহজেই উপলব্ধি করা যায়।

(৫) মূত্রযন্ত্র সম্পর্কীয় লক্ষণযুক্ত আক্রমণ (Onset with renal symptoms): এইরূপ লক্ষণযুক্ত টাইফয়েড ফিভার খুব কম দেখা যায়। এইরূপ আক্রমণে প্রথম হইতেই তরুণ মূত্রগ্রন্থি প্রদাহের (acute nephritis) লক্ষণ প্রকাশ পায়। ইহাতে প্রস্রাব স্বল্পতা; ঘূর্ণ বর্ণের প্রস্রাব; প্রস্রাবে এলবুমিন, রক্তকণা ও কাষ্ট নির্গমণ প্রভৃতি লক্ষণ উপস্থিত হয়।

(৬) স্নায়বীয় লক্ষণযুক্ত আক্রমণ (Onset with nervous symptoms):—এইরূপ আক্রমণযুক্ত

পীড়া প্রায়ই সাংঘাতিক আকার ধারণ করে। আক্রমণের সঙ্গে সঙ্গেই রোগীর স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ প্রকাশিত হইয়া, শীঘ্রই ঐ সকল লক্ষণ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হয়। অধিকাংশ স্থলেই এইরূপ আক্রমণে হুঃস্থ শীরঃপীড়া, বমন, প্রলাপ, তন্ত্রা বা কোমা, কিম্বা মেনিঞ্জাইটিসের লক্ষণ প্রকাশ পায়। এক দিন বা দুই দিনের মধ্যেই এই সকল লক্ষণ বর্ধিত হইয়া সাংঘাতিক আকার ধারণ করে।

বিশিষ্ট ও চরিত্রগত লক্ষণ (Special and Characteristic symptoms) ১—সাধারণতঃ টাইফয়েড ফিভারের কতকগুলি বিশিষ্ট ও চরিত্রগত লক্ষণ আছে। যথাক্রমে ইহাদের বিষয় বলা যাইতেছে।

(১) উত্তাপ (Temperature):—

১ম সপ্তাহের প্রথম দিনে প্রাতঃকালে উত্তাপ স্বাভাবিক হইতে দেখা যায়। তারপরে উহা বাড়িয়া সন্ধ্যাকালে ১০১°—১০২° ডিগ্রি হয় এবং পরদিন প্রাতে এক ডিগ্রি উত্তাপ কম পড়িয়া, পুনরায় সন্ধ্যাকালে—পূর্বদিনের সন্ধ্যাকালীন উত্তাপ অপেক্ষা, এক ডিগ্রি বর্ধিত হয়। এইরূপে সপ্তাহের শেষ দিন পর্যন্ত—পূর্ব দিনের সন্ধ্যাকালীন উত্তাপ অপেক্ষা প্রাতে এক ডিগ্রি উত্তাপ হ্রাস হয় এবং সন্ধ্যাকালে পূর্বদিন অপেক্ষা এক ডিগ্রি বর্ধিত হইয়া থাকে। এইরূপে ১০৩°—১০৪° ডিগ্রি পর্যন্ত উত্তাপ বৃদ্ধি হয়।

২য় ও ৩য় সপ্তাহের মধ্যে জরীর উত্তাপ ১০৪°—১০৬ ডিগ্রি পর্যন্ত উঠে এবং প্রাতে ২১ ডিগ্রি কমে।

৩য় সপ্তাহের শেষ ও ৪র্থ সপ্তাহের প্রারম্ভে প্রত্যহ প্রাতে উত্তাপ স্বাভাবিক হইতে দেখা যায়। বর্ধিত উত্তাপের পরিমাণও ক্রমশঃ কম হইয়া থাকে।

(২) সকম্প শীত (Chills):—

রোগের সূত্রপাতে প্রায় কম্প ও শীত সহকারে জ্বর প্রকাশ পায়। তবে পুনঃ জ্বর বৃদ্ধির সময়ে কম্প নাও হইতে পারে। টাইফয়েডে নিউমোনিয়া, জ্বর ছিদ্র হওয়া, এপেন্ডিসাইটিস, থ্রম্বোফ্লেবাইটিস প্রভৃতি উপসর্গ উপস্থিত হইবার কালীন অত্যধিক শীত বা কম্প হইতে দেখা

বার। টাইফয়েডের সঙ্গে ম্যালেরিয়া-জীবাণুর সংক্রমণ বিত্তমানে প্রত্যেক দিন অরাক্রমণকালীন কম্প হইতে পারে।

(৩) নাড়ী (Pulse) :—

প্রথম সপ্তাহে নাড়ীর স্পন্দন প্রতিমিনিটে ১০০ ১১০ বা ১২০ বার এবং নাড়ীর সঞ্চাপ্য (Compressible) ও ডাইক্রোটিক (dicrotic—অর্থাৎ নাড়ী পর পর দুইবার স্পন্দিত হইয়া একবার উহার স্পন্দন লুপ্ত হয়) হইতে দেখা যায়।

দ্বিতীয় সপ্তাহে নাড়ী দ্রুত থাকে, কিন্তু ডাইক্রোটিক হয় না।

তৃতীয় সপ্তাহে নাড়ীর স্পন্দন ১০০ ১০৩; কঠিন আক্রমণে ১৪০ পর্য্যন্তও হইতে দেখা যায়।

৪র্থ সপ্তাহে নাড়ী অত্যন্ত ক্ষীণ ও উহার স্পন্দন সংখ্যা হ্রাস হইয়া থাকে। উত্তাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা কম হইলে (Subnormal temperature) নাড়ীর দ্রুতত্ব খুব কম—এমন কি ৫০ ৬০ বা ৪০ পর্য্যন্ত হয়।

(৪) রক্তচাপ (Blood pressure) :—

সাধারণতঃ রক্তচাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা কম হইতে দেখা যায়। Dr. Crile বহু সংখ্যক টাইফয়েড ফিভারের রোগীর রক্তচাপ পরীক্ষা করিয়া বলিয়াছেন যে, “অধিকাংশ রোগীরই রক্তচাপ প্রথম সপ্তাহে ১৫৫ মিলিমিটার, ২য় সপ্তাহে ১০৬ মিলিমিটার, তৃতীয় সপ্তাহে ১০২ মিলিমিটার এবং ৪র্থ সপ্তাহে ৯৬ মিলিমিটার হইয়া থাকে।

(৫) রক্ত (Blood) :—

এই পীড়ায় রক্তের নিম্নলিখিত পরিবর্তন দেখা যায়।

(ক) লাল রক্তকণিকা (Red corpuscles) :— প্রথম সপ্তাহের মধ্যে লাল রক্তকণিকার বিশেষ কোন পরিবর্তন দেখা যায় না, ইহা প্রায় স্বাভাবিক থাকে। দ্বিতীয় সপ্তাহে লাল রক্তকণিকার সংখ্যা হ্রাস হয় এবং অরীয় অবস্থার শেষ পর্য্যন্ত ক্রমশঃ ইহার সংখ্যা হ্রাস হইতে

থাকে। রোগান্ত দৌরল্যাবস্থা অর্থাৎ ৫ম—৬ষ্ঠ সপ্তাহ পর্য্যন্ত এই অবস্থা বিত্তমান থাকিতে দেখা যায়।

সাধারণতঃ শতকরা ২০% পারসেন্ট রক্তকণিকা নষ্ট হইয়া যায়। কিন্তু অত্যধিক উদরাময়, বমন, অতিরিক্ত ঘর্ম ও রক্তশ্রাব হেতু লাল রক্তকণিকা এতদপেক্ষাও হ্রাস হইতে পারে। লাল রক্তকণিকা যে পরিমাণে হ্রাস হয়, তদনুপাতে হিমোগ্লোবিনও হ্রাস হইয়া থাকে।

(খ) শ্বেত রক্তকণিকা (Leukocytes) :— উপসর্গ বিহীন টাইফয়েড ফিভারে পেরিফারেল রক্তে শ্বেত রক্তকণিকার হ্রাস লক্ষিত হয়। সাধারণতঃ প্রথম কয়েক দিন অরীয় অবস্থায় শ্বেত কণিকার সংখ্যা স্বাভাবিক কিম্বা সামান্য বৃদ্ধিত দেখা যায়। অতঃপর ক্রমশঃ অরীয় অবস্থায় ইহাদের সংখ্যা হ্রাস হইতে থাকে। জীবাণুজ বিবক্রিয়া অল্পসারে শ্বেতকণিকার হ্রাস লক্ষিত হয়। সাংঘাতিক আক্রমণে অত্যধিক পরিমাণে শ্বেতকণিকা হ্রাসপ্রাপ্ত হয়।

এতদ্বিন্ন পলিমর্ফোনিউক্লিয়ার সেল (Polymorphonuclear Cells) হ্রাসপ্রাপ্ত; মনোনিউক্লিয়ার সেল (Mononuclears) বৃদ্ধিত এবং ইয়োসিনোফিল (Eosinophils) হ্রাসপ্রাপ্ত হয়।

রোগের উপশম আরম্ভ হইলে ক্রমশঃ শ্বেত কণিকা স্বাভাবিক হইতে থাকে। কিন্তু পলিমর্ফোনিউক্লিয়ার, মনোনিউক্লিয়ার, ইয়োসিনোফিল সেল কতক দিন পর্য্যন্ত উল্লিখিত ভাবে বর্তমান থাকে।

অল্প ছিদ্র হওয়ার কয়েক ঘণ্টা পরে শ্বেত কণিকার সংখ্যা ১০,০০০—১৫,০০০ বা ততোধিক বৃদ্ধিত হইতে দেখা যায়।

(৬) ইরাপ্‌সন (Typhoid eruption or rash) :—

রোগীর দেহ চর্মে এক প্রকার বিশিষ্ট ধরণের ইরাপ্‌সন বা রাস্ বাহির হওয়া, টাইফয়েড ফিভারের একটা চরিত্রগত বিশেষ লক্ষণ। এই সকল ইরাপ্‌সন দলে দলে রোগীর উদর, বুক ও পৃষ্ঠদেশের চর্মোপরি বহির্গত হয়। ইহাদের বর্ণ গোলাপী (rose), আকৃতি ক্ষুদ্র ও

গোলাকার। চাপ দিলে ইহারা বসিয়া যায়। সাংঘাতিক আক্রমণে এই সকল ইরাপ্‌সন হইতে রক্তস্রাব হইতে পারে।

এই সকল ইরাপ্‌সন প্রথম সপ্তাহের শেষে বা দ্বিতীয় সপ্তাহের প্রথমে বহির্গত হইতে দেখা যায়। কখন কখনও ইহারা ১৫ হইতে ২০ দিবসের মধ্যে বাহির হয়। ইহারা দলে দলে ২—৫ দিন পর্য্যন্ত বহির্গত হইয়া, পরে মিলাইয়া যায়।

ইরাপ্‌সনগুলি দলে দলে বাহির হইলেও এক সমষ্টিতে অধিক সংখ্যক থাকে না। প্রায় ৩-৪টি বা রোগী বিশেষে ৫—২০টি ইরাপ্‌সন একত্রে থাকিতে দেখা যায়। মোটের উপর, একটা রোগীতে ১০০ বা তাহা অপেক্ষা কিছু বেশী রাস্ বাহির হইয়া থাকে।

সাধারণতঃ উদর, বৃকের নিচে এবং পৃষ্ঠদেশে এই সকল রাস্ বাহির হয়। গলদেশ, বাহ ও পদদেশে রাস্ বাহির হওয়া খুব বিরল। প্রায় কোন বোগীরই মুখমণ্ডলে রাস্ বাহির হইতে দেখা যায় না।

এই সকল গোলাপী বর্ণের রাসের রক্ত হইতে টাইফয়েড-জীবাণু উদ্ধার করা হইয়াছে। শতকরা ৮০—৯০টি রোগীর এইরূপ ইরাপ্‌সন বা রাস্ বাহির হইতে দেখা যায়।

(৭) জিহ্বা ও মুখ (Tongue and mouth):—পীড়ার প্রারম্ভে রোগীর জিহ্বা আর্জ এবং সাদা ময়লা (white fur) দ্বারা আবৃত এবং পীড়া যত অগ্রসর হয়, এই ময়লা ক্রমশঃ পুরু এবং উহা বিবর্ণ হইতে থাকে। মুখের নিঃসরণ হ্রাস এবং উহা গাঢ় হওয়ার, জিহ্বা ক্রমশঃ শুষ্ক, ফাটা ফাটা (cracked) এবং আরক্ত হয়। উদরাময় ও অত্যধিক দৌর্বল্য বর্তমানে জিহ্বা আরক্তিম (red), শুষ্ক (dry) এবং শক্ত (bake) হইতে দেখা যায়। যথোপযুক্ত পরিচর্যা ও দৃষ্ট, জিহ্বা এবং মুখ পরিকার বিষয়ে উপযুক্ত যত্নের তারতম্য হেতু জিহ্বা ও মুখের ময়লা ও মুখাভাস্তরীণ অস্ত্রান্ত লক্ষণের তারতম্য হইয়া থাকে। (ক্রমশঃ)

স্ফোটক (Abscess), বিস্ফোটক (Boils) বসাইবার বা ফাটাইবার ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

থাইমল (Thymol) ...	১ ভাগ।
আয়োডিন (Iodine) ...	৩ ভাগ।
এলকোহল (Alcohol) ..	১০০ ভাগ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া আক্রান্ত স্থানে প্রযোজ্য। ইহা স্থানিক প্রলেপ দেওয়া মাত্র শুকাইয়া যায়, শুকাইয়া যাইবার পর উহার উপর কলোডিয়ন প্রলেপ দিতে হইবে। প্রত্যেকবার উক্ত ঔষধ লাগাইবার পূর্বে কলোডিয়নের প্রলেপ উঠাইয়া ফেলা কর্তব্য। দৈনিক ৩ বার এইরূপে প্রযুক্ত হইলে, প্রায়ই স্ফোটকাদি বসিয়া যাইতে পারে। যদি স্ফোটকে পূঁজ সঞ্চার হইয়াছে বলিয়া জানা যায়, তাহা হইলে উপরিউক্ত ঔষধ প্রয়োগের পর স্ফোটকের চতুর্দিকে—স্ফোটকের মধ্যস্থল ফাঁক রাখিয়া কলোডিয়ন পেন্ট করা কর্তব্য।

(N. Y. M. J.)



হৃদরোগ—Heart Diseases

লেখক—ডাঃ শ্রীনির্মলকান্ত চট্টোপাধ্যায় M. B.
কলিকাতা।

অনেক সময় সংবাদপত্রে পাঠ করা যায় যে, এক ব্যক্তি দিব্য সুস্থ শরীরে রহিয়াছে—হঠাৎ অকারণে সে পড়িয়া মরিয়া গেল, কিম্বা মরিয়া পড়িয়া গেল। ডাক্তার আসিয়া পরীক্ষা করিয়া ঘোষণা করিলেন—হৃদরোগ!

অনেক সময় সম্পূর্ণ সুস্থ ব্যক্তি হঠাৎ একটা হৃৎসংবাদ পাইল, আর তৎক্ষণাৎ মরিয়া গেল। এখানেও সেই হৃদরোগ!

বস্তুতঃ, হৃদরোগটি সাধারণের পক্ষে যতই রহস্যজনক, হৃৎকোষ ও বিশ্লেক্ষক হউক না কেন, ডাক্তারের কাছে অতি মূল্যবান।

সম্রাতি জার্মানির লিপ্সিগ নগরের হৃদরোগের বিশেষজ্ঞ সুবিখ্যাত চিকিৎসক ডাঃ এঞ্জেলেন ইলাট্রিয়ার্ট জিটাং পত্রে হৃদরোগ সম্বন্ধে তাহার অভিজ্ঞতালব্ধ যে প্রবন্ধ লিখিয়াছেন, তাহার সারমর্ম এখানে উদ্ধৃত হইল।

এই জার্মান বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক লিখিয়াছেন,—
“হৃদরোগটি কোন কাল্পনিক বস্তু নহে বটে, কিন্তু সাধারণতঃ ডাক্তাররা যেরূপ হঠাৎ উহার অবতারণা করেন, বাস্তবিক উহা সেরূপ আকস্মিক ব্যাপার নহে। যে ক্ষেত্রে সুস্থ বলিয়া প্রতীয়মান ব্যক্তির হঠাৎ মৃত্যু হয়, সে ক্ষেত্রে অহুস্কান করিলে দেখা যাইবে যে, তাহার হৃদয় পূর্বে হইতেই দুর্বল ছিল। সেই দুর্বল হৃদয় কোন একটা আকস্মিক ঘটনার আঘাত সহ করিতে না পারাতেই, লোকটির মৃত্যু

হইল। হৃদয় পূর্বে হইতে দুর্বল থাকাতাই হৃদরোগে আকস্মিক ভাবে মৃত্যু ঘটে। সুস্থকার ব্যক্তির ঘটনা-চক্রের আঘাত সহ করিবার—তাহাকে বাধা দিবার যথেষ্ট শক্তি থাকে, সেই জন্য তাহাদের কোন ক্ষতি হয় না।”

ডাক্তার এঞ্জেলেন লিখিয়াছেন, “হৃদরোগে বা ভয়হৃদয়ে মৃত্যু ঘটানো কবিদিগের পক্ষে এমন সুবিধাজনক যে, তাঁহারা নিজেদের গল্পে বা উপন্যাসে যে সমস্তার অবতারণা করিয়াছেন, তাহার উপযুক্ত সমাধানের জন্য অনেক স্থলেই এই ঘটনার আশ্রয় গ্রহণ করিয়া, তাঁহাদের গ্রন্থের চমৎকার উপসংহার করিয়া থাকেন। কিন্তু জীবন-সংগ্রামের এই অবসান ঘটাইবার পক্ষে কবিদের অধিকার যতই বহু বিস্তৃত ও ব্যাপক হউক না কেন, সাধারণতঃ তাঁহারা এ ব্যাপারে মাত্রাধিক্য ঘটাইয়া ফেলেন। এ কথা মিথ্যা বা অস্বীকার্য্য নহে যে, গভীর হৃৎখে—মর্মান্তিক ক্লেশে, জীবনের রশ্মি ধীরে ধীরে নির্দীপিত পারে; হৃৎখের সে শক্তি আছে। কিন্তু এইরূপ মৃত্যু হৃদয়ের কার্য্য নহে—এ ক্ষেত্রে স্নায়বিক শক্তি ক্ষীণ হইয়া আসিয়া মৃত্যু সংঘটন করে”।

“আরও একটা ক্ষেত্রে কবি-কল্পনা ও বাস্তবতার মধ্যে বিরোধ ঘটিতে দেখা যায়। অনেক স্থলে কবিরা তাঁহাদের নায়কদের হৃদয়কে ক্ষীণ দুর্বল করিয়া ফেলিয়া মৃত্যুর আশ্রয় নী করেন বটে, কিন্তু তৎপূর্বে তাহাকে দিয়া

একটা দীর্ঘ বিদায়-বক্তৃতা করাইয়া লইতে ছাড়েন না। কাব্যে, উপজ্ঞাসে, নাটকে এরূপ ঘটনা-সংস্থান প্রায়ই দেখা যায়। হৃদয়ের কার্য স্থগিত হওয়ার heart failure) অর্থ—অতি আকস্মিক মৃত্যু। জ্ঞানদ হঠাৎ কাহারও মাথাটা কাটা কেলিলে যেমন ভাবে তাহার মৃত্যু হয়, হৃদ-যন্ত্রের কার্য স্থগিত হইয়াও, সেইরূপ আকস্মিক মৃত্যু হইতে পারে। অদৃষ্ট যখন এই ভাবে মানবের প্রাণহরণ করে, তখন লম্বা বক্তৃতার বা ধীরভাবে কোন বিষয় বিবেচনা করিবার অবসর থাকে না”।

“বিজ্ঞ পাঠক যখন দেখেন যে, কোন গ্রন্থকার তাহার নায়ককে সম্পূর্ণ সুস্থ রাখিয়াও হৃদরোগে অকস্মাৎ তাহার মৃত্যু সংঘটন করাইয়া থাকেন, তখন পাঠকের চকুতে গ্রন্থকারের ভ্রম ধরা পড়িতে বিলম্ব হয় না—কাহারও শরীর—তথা তাহার হৃদয় সুস্থ থাকিলে, তাহা জীবনের সকল প্রকার কঠোর দাবীর প্রতিরোধ করিতে সমর্থ থাকে। দুর্বল হৃদয় আকস্মিক ঘটনাচক্রের আক্রমণ সহ্য করিতে অসমর্থ হয়। অতিরিক্ত যাত্রার আনন্দ, ক্রোধ, নৈরাশ্র তাহার দুর্বল হৃদযন্ত্রের কার্য সহসা স্থগিত করিতে পারে। সুস্থ তরুণ হৃদয়, জীবনের অস্বাভাবিক দাবী প্রতিরোধার্থে তাহার শক্তির অতি সামান্য মাত্র অংশ ব্যয় করে এবং তাহাতেই কৃতকার্য হয়। অপ্রত্যাশিত কঠোর দাবীর প্রতিরোধ করিবার জন্য তাহার হৃদয় সর্বদাই সম্যক প্রকারে প্রস্তুত থাকে। কেবল যে হৃদয়—জীবনের সাধারণ অবস্থাতেই অতিরিক্ত পরিশ্রম করিতে, হৃদয়ের সকল স্নায়ুকে পূর্ণ মাত্রায় খাটাইতে বাধ্য হয় যে হৃদয়ের দ্রুত স্নায়বিক শক্তির পরিমাণ অতি অল্প; সেই হৃদয়ই অস্বাভাবিক দৈহিক বা আত্মিক ব্যাপার সংশ্লিষ্ট অতি শ্রমের ফলে কার্য স্থগিত করিয়া থাকে। জীবনযাত্রা নির্বাহ উপলক্ষে, যে হৃদয়ের মাংসপেশীগুলি অতিরিক্ত পরিশ্রম করিয়া দুর্বল হইয়া পড়িয়াছে—অসময়ে ব্যবহারের জন্য বাহার কোন সঞ্চিত শক্তি থাকে না; এরূপ লোক হঠাৎ অপ্রত্যাশিত ভাবে হুঃসংবাদ প্রাপ্ত হইলে বা অন্য কোন ভাবের আবেগ উপস্থিত হইলে, তাহার হৃদয়ের কার্য সহসা স্থগিত হইতে পারে”।

“রাজনীতিকের অতি উচ্চ পদে সমাচীন প্রবীণবয়স্ক ব্যক্তির অকস্মাৎ মৃত্যুর সংবাদ মধ্যে মধ্যে পাওয়া যায়। এ ক্ষেত্রে মৃত্যুর কারণ অনিতাচার। তাহার বয়সে যে অনিতাচার তাহার পক্ষে অসম্ভব, এরূপ অনিতাচার করিলে, সে হঠাৎ ‘হার্টফেল’ হইয়া যারা যাইতে পারে”।

“বয়সের সঙ্গে সঙ্গে লোকের হৃদয়সংশ্লিষ্ট মাংসপেশী দুর্বল হইয়া পড়ে। এরূপ দুর্বল হৃদয়ের উপর অতিরিক্ত দাবী করিলে তাহা তাহার পক্ষে অসম্ভব হয়ই। তদ্ব্যতীত, যে রক্তপ্রবাহ তাহার হৃদয়কে পুষ্ট করিবে, সেই রক্তের অবাধ প্রবাহের গতি যদি কোনক্রমে রুদ্ধ হইয়া পড়ে, তাহা হইলে মৃত্যু সংঘটন আশ্চর্যের বিষয়ও নহে, বিরল ঘটনাও নহে। হৃদয়ের ভিতর দিয়া যে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র রক্তপ্রাণী চলিয়া গিয়াছে, তদ্বারা হৃদয়ে রক্ত সরবরাহ হয় এবং হৃদয়ের মধ্যে মাংসপেশীর ক্রিয়ার ফলে যে আবর্জনা জমে, তাহাই আবার, তাহা বহিয়া লইয়া যায়। অতএব রক্তপ্রবাহ কোন কারণে স্থগিত হইলে (এরূপ কারণের অসম্ভাবও ঘটে না)—হৃদয়ের পুষ্টি বা আবর্জনা নিকাশন কার্য চলে না। সুতরাং মৃত্যু অনিবার্য ঘটে। ইহাও অবশ্য অসুস্থ শরীরেরই ব্যাপার। সুস্থ শরীরে কখনও এরূপ ঘটে না”।

“আবার এরূপ মৃত্যু নিতান্ত অকস্মাৎ বা অপ্রত্যাশিত নহে। শারীরিক লক্ষণ দেখিয়া ইহার পূর্বাভাব পাওয়া যায়। হৃদয় অসুস্থ ও দুর্বল হইয়া পড়িলে যে যে লক্ষণ দেখা যায়, সেগুলি প্রকাশিত হইবার পর, হৃদয়কে সুস্থ রাখিবার জন্য প্রতিবেদক ব্যবস্থা অবলম্বন সম্ভবপর। কিন্তু যাহারা ভয়তরাসে লোক, তাহাদিগকে এই বলিয়া আশ্বস্ত করা কর্তব্য যে, ভয়ের কোন কারণ নাই। বস্তুত, অনেক স্থলেই ভয়ের কোন কারণ থাকে না। হৃদয় সুস্থ কি না, তাহার চিকিৎসার প্রয়োজন উপস্থিত হইয়াছে কি না, তাহা কেবল ডাক্তারী পরীক্ষার ফলেই জানিতে পারা যায়। ডাক্তারী পরীক্ষার পর হৃদয় অসুস্থ বলিয়া প্রতীয়মান হইলে, ডাক্তার যে চিকিৎসার ব্যবস্থা করিবেন, তাহাই যথেষ্ট হইবে—রোগীর হতাশ হইবার কোন প্রয়োজন ঘটিবে না। কেবল তাহাকে সাবধান ও সংযত ভাবে থাকিতে হইবে; অতিরিক্ত মানসিক ও শারীরিক পরিশ্রম বর্জন করিতে হইবে। উত্তেজনামূলক আশোদ-প্রমোদ তাহার পক্ষে নিষিদ্ধ। কফি, চা, তামাক প্রভৃতি উত্তেজক পদার্থ তাহার কাছে আসিতে দেওয়া হইবে না। সুরাপানের অভ্যাস থাকিলে তাহা বর্জন করা যদি একান্তই অসম্ভব হয়, তবে তাহার মাত্রা পরিমিত করিতে হইবে। এরূপ স্থলে সকল বিষয়ে মিথ্যাতার প্রেরণ। কার্ণো, ক্রীড়া, কৌতুক, আশোদ-প্রমোদে, আহাৰ বিহারে—সর্ববিষয়ে সংযম আবশ্যক। তবে সংযম সংযমই—সংযম অর্থে আত্মবঞ্চনা নহে।



মেনোরেজিয়া রোগে—ম্যামারি কম্পাউণ্ড (Mammary compound in Menorrhagia)

লেখক—ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাস D. Sc. M. D. (S. V. U.) F. R. C. P. (ind.)

M. H. S. L. (London)

প্রোফেসর ঢাকা মেডিক্যাল কলেজ এবং হাউস সার্জন মালব্য হস্পিট্যাল, ঢাকা

সম্প্রতি ময়মনসিংহে অবস্থানকালীন একটা স্ত্রীলোকের রক্তোৎসর্গ পীড়ার (Menorrhagia) ম্যামারি কম্পাউণ্ড প্রয়োগে সন্তোষজনক ফল পাইয়াছি। নিম্নে এই রোগিণীর বিবরণ উল্লিখিত হইল।

রোগিণী—ময়মনসিংহ টাউনের জনৈক ভদ্রলোকের স্ত্রী; বয়ঃক্রম ১৭।১৮ বৎসর। গত ২রা জুলাই (১৯৩০) এই স্ত্রীলোকটির অত্যধিক রক্তস্রাবের চিকিৎসার্থ আমি আহুত হই।

পূর্ব ইতিহাস—প্রায় দুইমাস পূর্বে রোগিণী একটা হৃৎ কড়া প্রসব করিয়াছে। ইহার পর তাহার শরীর ভালই ছিল, কোন অসুস্থতা ছিলনা।

বর্তমান অবস্থা—রোগিণীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

(ক) প্রসবের পর এই প্রথম ঋতুস্রাব হইয়াছে। কিন্তু ইহা আজ ৮।১০ দিন হইতে অত্যধিক পরিমাণে হইতেছে। রক্তস্রাবের প্রায় বিরাম নাই।

(খ) তলপেটে (Pelvic region) সামান্য বেদনা আছে।

(গ) রোগিণী অত্যন্ত দুর্বল; দুর্বলতা বৃদ্ধি: সর্বদা শয্যাশায়িনী—উঠিয়া বসিতে পারে না।

(ঘ) নাড়ী (Pulse) অত্যন্ত ক্ষীণ, দুর্বল, সাধারণ্য এবং অনিয়মিত।

(ঙ) হৃৎপিণ্ড দুর্বল।

(চ) নিঃসৃত রক্ত গাঢ় লাল, পরিমাণে বেশী।

চিকিৎসা—রক্তোৎসর্গ পীড়া সিদ্ধান্ত করতঃ নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

টাই হারোসায়ামাস ... ১০ মিনিম।

লাইকর সিডান্স ... ১/২ ড্রাম।

এক্সট্রাক্ট অর্গট লিকুইড... ১/২ ড্রাম।

ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট ... ১৫ গ্রেন।

ডিমিফোর্টিস ... ৫ মিনিম।

একোয়া ক্লোরোফর্ম ... এড্. ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া একমাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা প্রতিমাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেবা।

৩রা জুলাই—অবস্থা প্রায় পূর্ববৎ, তবে দুর্বলতা কিছু কম। ঔষধ পূর্ববৎ।

৪টা জুলাই—রক্তস্রাব বধক্ৰিৎ কম। অত্যন্ত অবস্থা পূর্ববৎ। ঔষধ পূর্ববৎ।

৫ই জুলাই রোগিনী অনেকাংশে ভাল। রক্তস্রাব খুব কম হইয়াছে, দুর্বলতাও পূর্বের তায় নাই। অল্প নিয়মিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

২। Re

লাইকর সিডান্স ... ১০ মিনিম।

এস্ট্রাষ্ট আর্গট লিকুইড ২০ মিনিম।

ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট ... ৫ গ্রেন।

টাং ডিজিটেলিস ... ৫ মিনিম।

একোরা ক্লোরোফরম এড্ ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া একমাত্রা। এইরূপ ৩ মাত্রা। প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

এই ঔষধ সেবনের পরদিন হইতেই রোগিনীর রক্তস্রাব সম্পূর্ণরূপে বন্ধ হইল। রোগিনীও ক্রমশঃ সুস্থ ও সবল বোধ করিয়াছিলেন।

৮ই জুলাই—অল্প পুনরায় আমি আহূত হইলাম। ওনিলাম যে, পুনরায় আবার পূর্বের তায় উক্ত রোগিনীর রক্তস্রাব হইতেছে। জরায়ুর অভ্যন্তরে কোন দোষ আছে কি না, পরীক্ষার্থ জটনক শিক্ষিতা ধাত্রীকে আহ্বান করা হইল! তিনি পরীক্ষা করিয়া বলিলেন—কোন দোষ নাই। অত্যন্ত পরীক্ষাতেও ইহা রক্তোৎসর্গিক ভিন্ন অল্প কিছু বিবেচনা করিতে পারিলাম না।

পূর্বোক্ত ব্যবস্থায় উপকার হইলেও, ফল হারী না হওয়ার, এবার অল্প ঔষধ ব্যবস্থা করা প্রয়োজন বিবেচনা করিতেছি; সহসা “ম্যামারি কম্পাউণ্ডের” কথা মনে পড়ায়, উহার ফলাফল পরীক্ষার্থ নিয়মিতরূপে অল্প উহা ব্যবস্থা করিলাম।

৩। Re

ম্যামারি কম্পাউণ্ড ... ২ ড্রাম।

একমাত্রা। প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

৯ই জুলাই—ওনিলাম কল্যাত্রি হইতেই রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া রোগিনী ভাল আছেন।

অন্তঃপর ইহা ১ ড্রাম মাত্রায় আরও কয়েক দিন সেবন করান হইয়াছিল। ইহাতে রোগিনী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়া অতাবধি ভাল আছেন। সংবাদ পাইয়াছি—ইহার পর মাসিক ঋতু স্বাভাবিক ভাবেই হইতেছে।

মন্তব্যঃ - আরও কয়েকটা মেনোরেজিয়া পীড়ায় আক্রান্ত রোগিনীর চিকিৎসায় “ম্যামারি কম্পাউণ্ড” প্রয়োগ করিয়া সন্তোষজনক ফল পাইয়াছি। ইহা এমন কতকগুলি এণ্ডোক্রিন গ্লেণ্ডের সংযোগে প্রস্তুত—যাহারা জরায়ুর উপর বিশেষ ক্রিয়া দর্শাইয়া, খুব শীঘ্র জরায়বীয় রক্তস্রাব (Uterine hæmorrhage) দমন করে। ম্যামারি কম্পাউণ্ডে ২ গ্রেন ম্যামারি গ্লেণ্ড, ১ গ্রেন গ্লেস্টেটা, ১/২ গ্রেন পোষ্টেরিয়র পিটুইটারি এবং ১/১০ গ্রেন থাইরয়েড আছে। ইহার মাত্রা ১—৩ চা-চামচ। চিকিৎসকের ব্যবস্থানুযায়ী সেবন করা কর্তব্য।

নাসিকাভ্যন্তরে ক্রিমি

Worm in the nasal fossa

By Dr. P. K. Kurup L. M. P. S. (Bom), M. R. C. P. & S. (India)

Medical officer, Teliparama, Malabar.

রোগিণী—জন্মক ৬০ বর্ষ বয়স্কা কুলী রমনী।

বর্তমান অবস্থা—নিম্নলিখিত উপসর্গের চিকিৎসার্থ আমার নিকট উপস্থিত হয়।

(ক) নাসিকা ক্ষীত, বেদনায়ুক্ত।

(খ) ৩ দিন পূর্বে হইতে নাক দিয়া রক্তস্রাব হইতেছে।

(গ) নাসিকা অভ্যন্তরে কিসে যেন কামড়াইতেছে, রোগিণী এইরূপ অনুভব করিতেছে।

(ঘ) অল্প রোগিণীর নাকের মধ্য হইতে একটা কৃমি বহির্গত হইয়াছে।

গুণিলায়—মাত্র প্রায় ২০ বৎসর হইতে রোগিণীর নাক দিয়া দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব হইতেছে।

চিকিৎসাঃ—প্রথমতঃ রোগিণীর নাসাগহ্বর কার্বলিক লোসন দিয়া ধোত করা হইল। কিন্তু ইহাতে কোন উপকার লক্ষিত না হওয়ায়, উষ্ণ জল ও অয়েল টাইপেটাইন দ্বারা নাসাগহ্বর ধোত করার ব্যবস্থা করিলাম। কিন্তু ইহাতে সামান্য উপকার হইতে দেখা গেল—কয়েকটা কৃমি বহির্গত হইল। কিন্তু রোগিণীর নাসিকামধ্যে অত্যধিক যন্ত্রণা, কামড়ানি ইত্যাদির প্রাবল্য দর্শনে, তখনও যে নাসিকামধ্যে কৃমি বর্তমান আছে এবং ঐ সকল ক্রিমি যে, টাইপেটাইন দ্বারা উদ্বেজিত হইয়াছে, তাহা বেশ বুঝা গেল। অতঃপর নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইল।

Re.

ক্লোরোফরম ...	৩০ মিনিম।
অয়েল ইউকেলিপ্টাস ...	৩০ মিনিম।
ক্যান্ফর ...	৩০ মিনিম।
পরিশ্রুত জল ...	৪ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া লোসন। এই লোসনে একখণ্ড কটন উল (তুলা) ভিজাইয়া, উহা নাসিকা-গহ্বরে প্রবেশ করাইয়া তদ্বারা গহ্বর প্রায় করা হইল।

তৎপরদিন প্রাতে—নাক হইতে টো কৃমি বহির্গত হইয়াছিল। কিন্তু রোগিণীর বেদনা ও যন্ত্রণাদি সম্পূর্ণরূপে উপশমিত হয় নাই। অল্প জলের সঙ্গে পিণ্ডর ক্লোরোফরম মিশ্রিত করিয়া (বি, পি, একোয়া ক্লোরোফরম অপেক্ষা দ্বিগুণ শক্তির), তদ্বারা নাসিকা-গহ্বর ধোত করিয়া দেওয়া হইল। ইহাতে আরও কয়েকটা কৃমি নির্গত হইয়া রোগিণীর সমুদয় উপসর্গ দূরীভূত হইতে দেখা গেল।

এই ক্রিমিগুলি কলিকাতা স্কুল অব ট্রপিক্যাল মেডিসিনে পাঠান হইয়াছিল। এখানে উহা “ক্রাইসোমিয়া মিজিয়ানা (Chrysomya messiana) বলিয়া সিদ্ধান্ত করা হইয়াছে। (Ind. Med. Gaz. 1930 Augst P. 450).

বিসর্প রোগে আয়োডিন ইঞ্জেকসন

লেখক—ডাঃ খ্রীসতীচন্দ্র চক্রবর্তী L. C. P. S.

ফুলকুমার—রঙ্গপুর।

রোগী—একজন মুসলমান যুবক, বয়স ২৫/২৬ বৎসর। গত ২৫/৩০ এই যুবকটির চিকিৎসার্থ আমি আহুত হই।

বর্তমান অবস্থাঃ—রোগীর দুই গাল ও কপাল অত্যন্ত দীর্ঘ এবং এইস্থান অত্যন্ত বেদনায়ুক্ত ও আরক্তিম। এই আরক্তিমতা ক্রমশঃ বিস্তৃত হইয়াছে ও হইতেছে। বেদনা হেতু রোগী মুখবাদ্যানে ও কোন দ্রব্য গলাধঃকরণে অক্ষম। উত্তাপ ১০৩° ডিগ্রি; নাড়ী দ্রুত ও পুষ্ট; জিহ্বা খেতবর্ণের ময়লাবৃত্ত ও শুষ্ক। পিপাসা ও অস্থিরতা আছে। গুনিলাব,—রোগী গত রাত্রে তুলও বকিয়াছিল।

পূর্ব ইতিহাসঃ—৩৫দিন পূর্বে রোগীর গওদেশে একটা ব্রণ হয়। গতকাল বেলা ৮/৯টার সময় রোগীর অনেক বদ্ধ রোগীর গালের ঐ ব্রণটি টিপিয়া দিয়াছিলেন। তাহার পর বেলা ১২টা হইতে ক্রমাগত গওদেশ দীর্ঘ, বেদনায়ুক্ত হইয়া রোগী এইরূপ অবস্থাপন্ন হইয়াছে। রোগীর অবস্থা দেখিয়া ইরিসিপেলাস (Erysipelas—বিসর্প) বলিয়া সিদ্ধান্ত করতঃ, নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করিলাম—

১। Re.

পটাশ ব্রোমাইড	...	৫ গ্রেণ।
কুইনাইন-হাইড্রোক্লোর	...	৩ গ্রেণ।
ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড	...	১০ গ্রেণ।
টিং ষ্টিল	...	৫ মিনিম।
টিং বেলেডোনা	...	৪ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরোকফরম	...	১৫ মিনিম।
জল	...	এড্. ১ আউন্স।

একত্র একমাত্র। প্রতিমাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

এই বিসর্পের প্রস্তুত করিতে প্রথমতঃ টিং ব্রি পারক্লোরাইডে (টিং ষ্টিল) কুইনাইন দ্রব করিয়া

জল মিশ্রিত করতঃ, তদপরে ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড ও তারপরে অত্যন্ত ঔষধ মিশাইতে হইবে।

২। Re.

টিং আয়োডিন	...	৪ ড্রাম।
টিং ষ্টিল	...	৪ ড্রাম।
টিং বেঞ্জোয়িন কোঃ	...	৪ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া প্রদাহিত স্থানে পেণ্ট (প্রেসেপ) করিবার ব্যবস্থা করা হইল। ইহা প্রত্যহ ২/৩ বার প্রয়োগ্য।

রোগীর কোষ্ঠবদ্ধ ও জিহ্বা মলাবৃত্ত থাকায় নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

৩। Re.

ক্যালোমেল	...	৫ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্ব	...	১৫ গ্রেণ।

একত্র একমাত্র। রাত্রে শয়নকালে সেব্য।

রোগীকে এন্টিস্ট্রেপ্টোককাস সিরাম পলিভ্যালেন্ট (Anti-streptococcus Serum Polyvalant P. D. Co) দেওয়া বিশেষ আবশ্যক বলিয়া, রোগীর জোষ্ঠ ভ্রাতাকে বলিলাম। কিন্তু অবস্থা বিপর্যয় হেতু সে কিছুতেই অস্ত্র স্থান হইতে উঠা কিনিয়া আনিতে চাহিল না। আমরা পলী-চিকিৎসক, সিরাম রাখা আবারের পক্ষে সব সময় সম্ভব হয় না। সুতরাং সিরাম ইঞ্জেকসন দেওয়া কর্তব্য বিবেচনা করিলেও, তাহা দেওয়া সম্ভব হইল না।

২৫/৩০—বিকাল ৫টার সময় সংবাদ পাইয়া রোগীর বাড়ীতে বাইরা দেখি—রোগীর অবস্থা পূর্ববৎ, বরং আর আরও বাড়িয়াছে। রোগী অনবরত প্রলাপ বকিতেছে। ২৫ বার ডাকিলে ই না উত্তর দেয়, সময় সময় জল চাহিতেছে।

নিম্নলিখিত ঔষধ ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেক্সন দিলাম।

৪। Re.

আয়োডিন এস্পুল ... ১ সি, সি,।

ডবল ডিউব্লু ওয়াটার ... ১ সি, সি,।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেক্সন দিলাম।

পথ্যার্থ—ডাণের জল, মুকোজ ওয়াটার (১০% পারসেন্ট) ও বালী ব্যবহা করা হইল।

মাথায় বারংবার ঠাণ্ডা জল দিতে বলিলাম।

৩।৩।৩০—বেলা ৮টার সময় বাইরা দেখি—জর

১০১ ডিগ্রি, রোগীর জ্ঞান হইয়াছে, ১৩ বার খুব বাছ হইয়াছে, মুখ ও গালের ফুলাও কিছু কম। জিজ্ঞাসা করিলে উত্তর দিতেছে। গাল ও মুখের বস্রণা আছে। আরক্তিমতা হাস ও উহার বিস্তৃতি স্বগিত হইয়াছে।

অন্ত নিম্নলিখিত ব্যবহা করিলাম।

৫। Re.

ইকথিওল ও গ্লিসারিন (১% পারসেন্ট)।

তুলি দ্বারা আক্রান্ত স্থানে প্রযোজ্য।

এতদ্ভিন্ন পূর্ব দিনের স্তায় ৪নং ঔষধ ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেক্সন এবং ১নং মিক্শার পূর্ববৎ সেবনের ব্যবহা করা হইল।

পথ্যার্থ—ডাণের জল, ধোল, বালি ও মুকোজ ওয়াটার।

৪।৩।৩০—উত্তাপ ৯৯.৪ ডিগ্রি বেশ, জ্ঞান হইয়াছে। ভাত খাইতে চাহিতেছে। প্রদাহ স্থানে ক্ষীতি ও আরক্তিমতা প্রায় নাই; কিন্তু ডান দিকের সমস্ত গালটী

পাকিয়া উঠিয়াছে দেখিয়া, উহার উপর বোরিক কন্সেন দিয়া, তরুপরি ৪নং ঔষধটী প্রলেপ দিতে বলিলাম। সেবনার্থ পূর্বোক্ত ১নং মিশ্র ব্যবহা করিলাম। বিকালে অন্ন করিব বলিয়া আসিলাম।

পথ্যার্থ—হুত, বালী বা সাণ্ড।

৩।৩।৩০—সংবাদ পাইলাম যে, কল্যা হুপুর বেলা কন্সেন দিবার সময় গালের চামড়া একবারে খসিয়া পড়িয়া গর্তে পরিণত হইয়াছে। বাইরা দেখি—ঐ স্থান হইতে পূঁজ রক্ত ঝরিতেছে।

উল্লিখিত অবহা দৃষ্টে ক্ষতস্থান বোরিক লোশনে ধুইয়া, ক্ষতমধ্যে বোরিক গজ স্থাপন করতঃ, ব্যাণ্ডেজ বান্ধিয়া দিলাম। অতঃ ৪নং ঔষধ ইঞ্জেক্সন দেওয়া হইল।

৬।৩।৩০—রোগী ভাল আছে, ক্ষতের অবস্থাও ভাল, জর বা বস্রণাদি কোন উপসর্গ নাই। পূর্বোক্ত প্রকারে ক্ষত ড্রেস এবং ১নং মিশ্র পূর্ববৎ সেবনের ব্যবহা করা হইল।

৮।১০ দিনের মধ্যেই এইরূপ চিকিৎসায় রোগীর ক্ষত সম্পূর্ণরূপে শুক এবং রোগীও সবল হুহু হইয়াছিল। অতঃপর রোগীকে সিরাম হিমোগ্লোবিন সেবনের ব্যবহা দিয়াছিলাম।

ইরিসিপেলাস পীড়ায় উল্লিখিতরূপে আয়োডিন ইঞ্জেক্সন দিয়া, আরও অনেকগুলি রোগীতে সন্তোষজনক উপকার পাইয়াছি। অন্তরূপ চিকিৎসা অপেক্ষা ইহাতে রোগী শীঘ্র আরোগ্যলাভ করে।

রোগনির্ণয়ে দুঃসাধ্যতা—Difficulty in diagnosis

লেখক—ডাঃ শ্রীধরশীলগুপ্ত ঐ বিদ্যাস

মেডিক্যাল অফিসার, পূর্ণেন্দু ডিস্পেন্সারী, জয়নগর (ময়মনসিংহ)

(পূর্বে প্রকাশিত ৫ম সংখ্যার (ভাদ্র) ২৫০ পৃষ্ঠার পর হইতে)

বদিও রোগ নির্ণয়ার্থ সকল চিকিৎসকেই সময়ে সময়ে বিষম সমস্যায় পড়িতে হয়, তথাপি সহরের চিকিৎসক অপেক্ষা, পল্লী-চিকিৎসকগণকে এই অসুবিধা অধিকতর ভোগ করিতে হইয়া থাকে। সহরের চিকিৎসকগণ রোগ-নির্ণয়ের সহায়ক নানা সুবিধা সহজে পাইতে পারেন—রোগ-নির্ণয় সমস্তা সমধানের সকল সুবিধা তাহাদের অনায়াসে লভ্য বলিলেও অতুক্তি হয় না। পল্লীগ্রামে এসকল সুবিধা কিছুই নাই। আধুনিক চিকিৎসা-জগতে মল, মূত্র, রক্ত, গয়ের প্রভৃতির আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা, রোগ-নির্ণয়ের প্রধান সহায়ীভূত হইয়াছে। দুঃখের বিষয়, ময়মনসিংহের অধিকাংশ স্থলেই এসব পরীক্ষার সুযোগ নাই বলিলেও চলে। পক্ষান্তরে, চিকিৎসাক্ষেত্রে কোন বিষয়ে সন্দেহ হইলে, সন্দেহভঞ্জনার্থ কোন বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের সাহায্য বা পরামর্শলাভ অদূরপর্যন্ত। আবার পল্লীগ্রামের অধিকাংশ লোকই অশিক্ষিত। পীড়ার প্রারম্ভে প্রায় ইহারা চিকিৎসা করা কর্তব্য মনে করেন না—করিলেও, এমন চিকিৎসক দ্বারা চিকিৎসা করান যে, তাহা কুচিকিৎসারই নামান্তর। এই কুচিকিৎসার ফলে হয়ত রোগীর রোগ-লক্ষণসমূহ একরূপ বিকৃত হইয়া পড়ে যে, শিক্ষিত চিকিৎসকও তখন রোগ নির্ণয়ে দীর্ঘকাল ভ্রমে পতিত হন। সুতরাং পল্লী-চিকিৎসকগণকে যে বিরূপ বিবিধ প্রতিকূল অবস্থার মধ্যে দিয়া চিকিৎসা করিতে হয়, সহজেই তাহা অসুখের। এইজন্যই আবার মনে হয়—সহরের চিকিৎসকগণ অপেক্ষা, পল্লী-চিকিৎসকদের অধিকতর স্বিরুদ্ধি, প্রত্যাশপনমতিভ্রম, বিচার-বুদ্ধিসম্পন্ন হওয়া কর্তব্য। পল্লী-চিকিৎসকগণের পক্ষে এসকল যে কতদূর প্রয়োজনীয়, একটা রোগীর

চিকিৎসা-বিবরণে তাহারই একটা দৃষ্টান্ত প্রদর্শন করিব।

রোগী—জৈনিক স্ত্রীধর জাতীয় পুরুষ। বয়ঃক্রম ৩২ বৎসর। রোগী ময়মনসিংহ জিলার অন্তর্গত লোয়াপাড়া গ্রামের অধিবাসী।

গত ১৪/২/২৯ তারিখে এই রোগী আমার চিৎসাবীনে আঁসে।

বর্তমান অবস্থাঃ—অবঃ ১০২°৫ ডিগ্রি। কোষ্ঠ পরিষ্কার নাই, মীহা প্রায় ২ ইঞ্চি বর্ধিত। শরীর ঈষৎ পাণ্ডুবর্ণ ও ঈষৎ ক্ষীণ ভাবাপন্ন। ডান হাতের কব্জীর উপর হইতে অঙ্গুলীর পর্ক পর্যন্ত ভয়ানক ক্ষীণ। হাতে বেদনা নাই, তবে রোগী ঐ হাতে ভার ভার অনুভব করে মাত্র। কিন্তু ঐ স্থানের উষ্ণতা অল্প স্থান হইতে কিছু বেশী।

পূর্বে ইতিহাসঃ—রোগীর পূর্বে ইতিহাসই বিশেষ উল্লেখযোগ্য। দুই বৎসর পূর্বে রোগী কালাজরে আক্রান্ত হইয়াছিল। অনেক ডাক্তার ১২টি ইউরিনা টিউবাইন ইন্জেকশন করার পর সে ভাল হয়। উক্ত ডাক্তার বাবুর অসাধ্যবানতা বশতঃই ইউক, আর রোগীর নিজ ভাগ্য দোষেই ইউক, নবম ইন্জেকশনটীর ২।১ ফোটা ঔষধ শিরার বাহিরে পড়ে। একারণ প্রথমতঃ ইন্জেকশনের স্থান, পরে ক্রমশঃ সমস্ত হাতটী ভয়ানক ফুলিয়া উঠে এবং হাতে অসহ্য বেদনা হয়। সেই ফুলা প্রায় ৮।১০ দিন অনেক ঔষধ ও গরম সেক দিয়া কমে। ইহার পর আরও তিনটি ইন্জেকশন দিয়া কালাজরের চিকিৎসা শেষ করা হয়। ইহার প্রায় ৩৪ মাস পরে পুনরায় ঐ হাতটী পূর্ববৎ ফুলিয়া উঠে এবং সেই সঙ্গে রোগীর অবঃ হয়।



শ্বেতপ্রদর—Leucorrhoea.

লেখিকা—শ্রীমতী সত্যিকা দেবী M. D. (Homæo)

H. L. M. P., M. H. C. P.

বাইওকেমিক ও হোমিওপ্যাথিক মেডি ডাক্তার
কলিকাতা।

—:~::~~::~—

ইংরাজীতে ইহাকে 'লিউকোরিয়া' বা 'হোয়াইটস্' (whites) বলা হয়।

জরায়ু বা যোনি মধ্য হইতে শ্বেতবর্ণের ক্লেদ নিঃসৃত হইলে, তাহা "শ্বেতপ্রদর" নামে অভিহিত হইয়া থাকে।

কারণ ১—যে সকল কারণে নাসিকার শ্লেষ্মিক ঝিল্লী উত্তেজিত হইয়া সর্দি পীড়ার উৎপত্তি হয়—বাইওকেমিক মতে শ্বেতপ্রদরও ঠিক সেইভাবেই যোনিমধ্যস্থ অথবা জরায়ুর গাত্রস্থ শ্লেষ্মিক ঝিল্লী উত্তেজিত বা প্রদাহিত হইয়া উৎপাদিত হইয়া থাকে। এই জন্মই ইহাকেও আমরা "স্ত্রী-জননযন্ত্রের সর্দি" পীড়া বলিতে পারি। রক্তহীনতা, সাধারণ স্বাস্থ্যের বিকৃতি, দৌরল্য, হঠাৎ আঘাত, অতিরিক্ত রতিক্রিয়া, ঋতুর অনিয়মতা, পুনঃ পুনঃ গর্ভশ্রাব, প্রমেহ ইত্যাদি কারণে স্ত্রী-জননযন্ত্রের অন্তর্নিহিত (underlying) শ্লেষ্মিক ঝিল্লীর প্রদাহ বা উত্তেজনা হইলে এই প্রকার শ্রাব নিঃসৃত হয়।

বাইওকেমিক বিজ্ঞান মতে রক্তমধ্যস্থ 'কেলি মিউর' এবং 'ক্যালকোরিয়া ফস্', এই দুইটা খাতব-লবণের অভাব জন্মই প্রধানতঃ এই পীড়া উৎপন্ন হইয়া থাকে।

কার্তিক—৬

লক্ষণ ১—ইহাতে স্ত্রী-জননযন্ত্র হইতে এক প্রকার শ্বেতবর্ণের শ্রাব নিঃসৃত হয়। পীড়ার অবস্থানুযায়ী এই শ্রাবের রঙ বিভিন্ন রকমের হইতে পারে। সাধারণতঃ এই শ্রাব শ্বেতবর্ণ, কিন্তু উত্তেজনাবিহীন কারণে শ্রাব নিঃসৃত হইলে উহা পীত বর্ণ বা পীতভ-সবুজ, বর্ণবিশিষ্ট হইতে দেখা যায়। এতদ্ভিন্ন কখন কখন শ্রাব হরিদ্রাভ, গাঢ় হরিদ্রা বর্ণ অথবা বাদামী বর্ণবিশিষ্ট হইতে পারে। কখন কখন এই শ্রাব দেহে লাগিলে জ্বালা করে। স্থল বিশেষে এই শ্রাব অল্প পরিমাণে নিঃসৃত হয়, আবার কখন বা প্রচুর পরিমাণে নির্গত হইতে থাকে। ইহা প্রায়ই তরল হয়; কিন্তু কখন কখন আঠাবৎ চটচটে কিম্বা পুঁয়বৎ ও গাঢ় শ্লেষ্মাবৎ হইতে পারে। শ্রাবে প্রায়ই দুর্গন্ধ থাকে না; কিন্তু দুর্গন্ধ হওয়াও বিরল নহে। ক্যান্সার, বস্তিকোটরের প্রদাহ ইত্যাদি কারণজনিত শ্রাবের সহিত ইহার ভ্রম হইতে পারে। উহাদের শ্রাব প্রায়ই অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত হয়।

চিকিৎসা ১—বাইওকেমিক চিকিৎসায় এই রোগ সহজে, নির্দোষরূপে আরোগ্য হইয়া থাকে। এই

পীড়ার নিম্নলিখিত ঔষধগুলি উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়।

(১) ক্যালকেকেরিয়া ফস্ :—খেত প্রদরের সর্ব প্রকার অবস্থাতেই—বিশেষতঃ, খতুর পর খেত প্রদরের প্রাণ কীট অণুর খেত ঞ্চের (অণ্ডাল) ভায়ে হইলে এবং জননবয়ের দৌর্বল্যজনিত পীড়ায় (খাতুগত দুর্বলতা নিবারণার্থ ইহা মহৌষধ) ; অল্প নির্ধাচিত ঔষধের সহিত এই ঔষধ ২/৩ মাত্রা সেবনে বিশেষ উপকার হয়।

(২) কেলি-মিউর :—খেত প্রদরের প্রাণ হৃৎকের মত খেত বর্ণযুক্ত কিংবা অল্পভেদক প্রয়োজন হইলে, এই ঔষধ উপকারী। খেত প্রদরের ইহা একটা উৎকৃষ্ট ঔষধ।

(৩) কেলি-ফস্ :—খেত প্রদরের প্রাণ স্বকো লাগিলে জালা করিলে এবং স্নায়বিক কারণজনিত খেত প্রদরে এই ঔষধ অব্যর্থ। এতৎসহ নেট্রাম-মিউর ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

(৪) নেট্রাম-মিউর :—খেত প্রদরের প্রাণ জলবৎ তরল ; উত্তেজক ; গায়ে লাগিলে জালা করে ; তৎসহ শিরঃপীড়া বর্তমান থাকিলে এবং বোনি-কপাটের চুলকানী বিস্তারিত এই ঔষধটি বিশেষ উপযোগী।

আমি ১৭১৮ বৎসর বয়স্কা যুবতীদের খেত প্রদর পীড়া কেবল মাত্র কেলি-মিউর ও কেলি ফস্ দ্বারা আরোগ্য করিয়াছি।

(৫) কেলি-সাল্ফ :—খেত প্রদরের প্রাণ হরিঙ্গা বর্ণের, সবুজাভ, চট্টটে অথবা জলবৎ হইলে এই ঔষধ উপকারী।

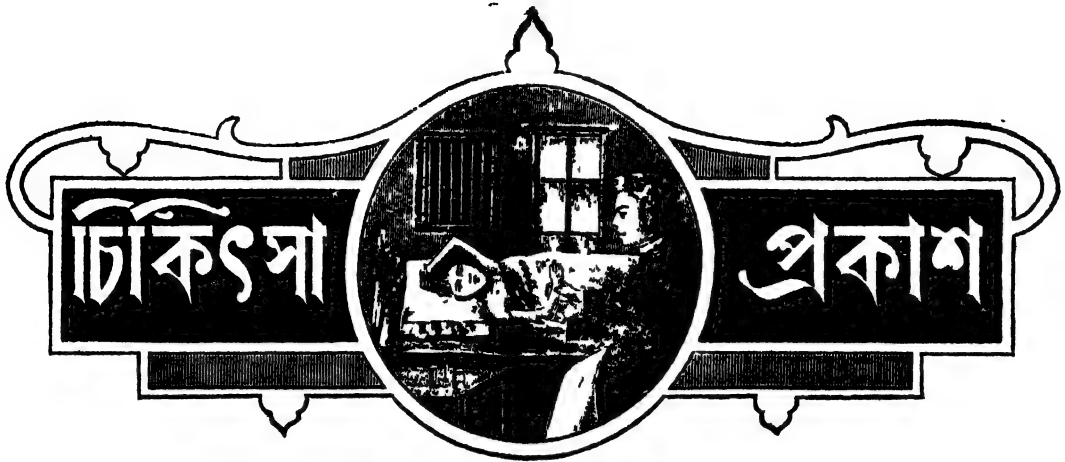
(৬) নেট্রাম-ফস্ :—খেত প্রদরের প্রাণ ক্রীম বর্ণ বা মধুবৎ বর্ণ বিশিষ্ট ; জলবৎ তরল এবং অল্প শুণ্ডযুক্ত হইলে এই ঔষধ বিশেষ উপকারী। রোগিণীর অজীর্ণ বা অন্নরোগ বর্তমান থাকিলে ইহা অবশ্যই প্রয়োগ করা কর্তব্য।

শক্তি :—খেত প্রদরে উল্লিখিত ঔষধগুলির নিম্নলিখিত শক্তি প্রযোজ্য। যথা— $6x$, $12x$, $30x$ । নিম্ন শক্তি হইতে আরম্ভ করিয়া, ক্রমশঃ উচ্চ শক্তি প্রয়োগ করা কর্তব্য।

মাত্রা :—উল্লিখিত ঔষধগুলির প্রত্যেকটাই ৩ গ্রেণ মাত্রায় প্রযোজ্য। আবশ্যকীয় ঔষধ ২.৩টি বা ততোধিক একত্রে মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ ৩/৪ বার সেব্য।

মন্তব্য :—নির্ধাচিত ঔষধ সেবনের সঙ্গে সঙ্গে উচ্চ জলের সহিত ঐ ঔষধের $3x$ শক্তি মিশ্রিত করতঃ, বোনিপথে প্রত্যহ ২১৩ বার দুশ দিলে শীঘ্র উপকার পাওয়া যায়। বোনিপথে কেবলমাত্র উচ্চ জলের দুশ দিলেও বিশেষ উপকার হয়। বোনিপ্রদেশ সর্বদা পরিষ্কার রাখা, এবং পীড়ারোগ্য না হওয়া পর্যন্ত স্বামী সহবাস বন্ধ রাখা একান্ত কর্তব্য। পীড়ার কারণ নির্দেশ করিয়া চিকিৎসা করা উচিত।

পথ্যাদি :—এই পীড়ার মৎস্ত, মাংস, ডিম্বাদি আহার নিষিদ্ধ। নিরামিষ আহারই প্রশস্ত। দুগ্ধ, পুষ্টিকর অথচ লঘুপাচ্য পথ্য বিধেয়।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল—কান্তিক

৭ম সংখ্যা

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক মতে অস্ত্র-চিকিৎসা

লেখক—ডাঃ শ্রীনী গোপাল দত্ত B. A. M. D (*Homœo*)

হোমিওপ্যাথ্ ও বাইওকেমিষ্ট

কৈলা সহর বিভাগ, স্বাধীন ত্রিপুরা রাজ্য।

(পূর্ব প্রকাশিত ৬ষ্ঠ সংখ্যার (আশ্বিন) ৩১১ পৃষ্ঠাব পর হইতে)

পক্ষান্তরে, আবশ্যকানুযায়ী স্থলে হোমিওপ্যাথি মতে অস্ত্রচিকিৎসার ব্যবস্থা করা যে কর্তব্য অতীব এবং তাহা যে, দোষাবহ নহে ; ইহা নিঃসন্দেহে বলা যাইতে পারে। একদেশদর্শী গোড়া হোমিওপ্যাথ্‌গণ আমার এই উক্তিতে হস্ত বলিবেন—“হোমিওপ্যাথিতে অস্ত্রচিকিৎসা! কি ভয়ঙ্কর কথা! ইহা অতীব গহিত কার্য্য”। কিন্তু একথা ধাহারা বলিবেন, তাঁহাদের ভ্রম দূরীকরণের জন্ত পরম প্রত্যাভাজন স্বনামধ্যাত অমিতীয় হোমিওপ্যাথ্ ডাক্তার স্বর্গীয় মহেন্দ্র লাল সরকার মহোদয়ের একটি রোগীর বিবরণ এস্থলে উল্লেখ করিতেছি।

স্বর্গীয় ডাঃ সরকার লিখিয়াছেন—

“আব্দুস্ সত্তার নামক অষ্টাদশ বর্ষীয় জনৈক মুসলমান যুবক, গত ১৮৯৮ খৃষ্টাব্দের ২৭শে সেপ্টেম্বর মঙ্গলবার প্রাতঃকালে আমার নিকট উপস্থিত হয়। আজ প্রায় চত্বারিংশৎ দিবস (৩৪ দিন) ব্যাপিয়া যুবকটী স্বল্পবিরাম (remittent type) জরে ভুগিতেছেন। এই জ্বর অপরাহ্নে বৃদ্ধি পায়। শীর্ণতা খুব বেশী, শ্বাসকষ্টও কথঞ্চিৎ পরিমাণে বর্তমান। ক্রম্‌ক্রমে পরীক্ষান্তে বাম বক্ষে ডাল্ (dull) শব্দ পাওয়া গেল। বিশেষ পর্য্যবেক্ষণের পর দেখা গেল যে, রোগীর পঞ্জরাস্থির মধ্যবর্তী স্থান

(int-rcostal spaces) যেন তরল রস সঞ্চয়ে ভর্তি হইয়া আছে। দক্ষিণ হৃৎকূসে কোনও দোব পাওয়া গেল না। রোগী কেবলমাত্র বাম পার্শ্বে চাপিয়া শয়ন করিতে পারে। চক্ষুর গুরু মণ্ডল (conjunctiva) এবং গাত্রচৰ্ম্ম কতকটা পীতভা (jaundiced tint), কিন্তু বক্র বৃদ্ধি নাই”।

“আমি এই রোগীটিকে “বাম বক্ষাবরক থ্রীসী প্রদাহ” (pleurisy, pleuritis বলিয়া স্থির করিলাম। সমস্ত হৃৎকূসবেষ্টক থ্রীসী-গহ্বর (pleural cavity) প্রদেশে রসোৎস্রজন (effusion) হইয়াছে বলিয়া আমার ধারণা হইল। সম্ভবতঃ রসোৎস্রজনসহ হৃৎবেষ্ট প্রদাহও (হৃদাবরক থ্রীসীর প্রদাহ—(probably pericarditis with effusion) হইয়াছে।

রোগ নির্ধারণান্তে ব্রাইওনিয়া ২x ব্যবস্থা করিলাম।

২৯শে সেপ্টেম্বর—খবর আসিল যে, রোগীর অবস্থা বৃদ্ধিৎ ভাল। জর, কফ ও শ্বাসকষ্ট (dyspnoea) অনেক কম। পুনরায় ব্রাইওনিয়া ২x দিলাম।

৩০শে সেপ্টেম্বর—খবর পাইলাম যে, রোগী অত্যন্ত সৰ্ব বিষয়েই ভাল, কিন্তু কফের প্রাবল্য হইয়াছে। ব্রাইওনিয়া ২x সেবনের ফলেই কফের বৃদ্ধি হইয়াছে এক্রপ ধারণা করতঃ—এবারে “ব্রাইওনিয়া ৪x” দিলাম।

২রা অক্টোবর খবর পাওয়া গেল—গতকল্য হইতে ধুব প্রবল জর হইয়াছে। অত ‘একোনাইট ২x’ পাঠাইয়া দিলাম।

৪ঠা অক্টোবর—জর কমিয়াছে বটে, কিন্তু কফ অত্যন্ত বৃদ্ধি পাইয়াছে। অত ‘ব্রাইওনিয়া ৬x’ দিলাম।

৮ই অক্টোবর—রোগী আমার নিকট আনীত হইলে, রোগীর বাম চূচকের (nipple ৩ তিন ইঞ্চি নিম্নে ক্ষুদ্র একটা কমলা লেবুর আকৃতি বিশিষ্ট ক্ষীতি পরিলক্ষিত হইল। উহাতে পূঁজ সঞ্চয়জনিত পরিফার ফ্লকুয়াশন (fluctuation—কোড়ার উপরিস্থ চর্ণের হই

পার্শ্বে অকুলী দ্বারা সামান্য ভাবে চাপিলে অকুলিতে তাহার ভিতরে তরল পদার্থের সঞ্চালন অস্বভব করা যায়; এই অস্বভূতিকে ফ্লাকচুয়েশন্ বলা হয়) উপলব্ধি করিলাম। পূর্বে মনে করিয়াছিলাম যে, ‘বক্ষঃগহ্বরে’ জলীয় পদার্থ সঞ্চিত হইয়াছে কিন্তু বিশেষ বিবেচনা করিয়া এখন উপলব্ধি করিতে পারিলাম যে, নিশ্চয়ই পূঁজ সঞ্চয় হইয়াছে। বাহা হউক, এই তরল পদার্থ (fluid) পূঁজই হউক, আর জলই হউক—উহাকে শোষণ (absorption) করিয়া ফেলার উদ্দেশ্যে “সালফাসাল” ৩০, ব্যবস্থা করিলাম। দারুণ কষ্টদায়ক কাশির উপশম করাও ‘সালফার’ দেওয়ার আর একটি উদ্দেশ্য ছিল।

১৩ই অক্টোবর—কফ একটু কমিয়াছে, কিন্তু অত্যন্ত লক্ষণ প্রায় একরূপই আছে। আজও সালফার ৩০, দিলাম।

১৪ই অক্টোবর—রোগীর পিতা আসিয়া খবর দিলেন যে—‘ক্ষীতি’ (swelling) আরও বৃদ্ধি পাইয়াছে”।

এই দিবস আমার স্বাস্থ্য ভাল না থাকিতে—পরন্তু, রোগীকে এমতাবস্থায় আমার এখানে আনা নিরাপদ নহে বিবেচনায়, রোগীর পিতাকে বলিয়া দিলাম—“আপনার বাড়ীর সন্নিকটেই আমার * * * ডাক্তার বন্ধু বাস করেন। তাঁহাকে আমার নাম করিয়া বলিবেন—‘তিনি যেন এই ক্ষীতিটির গতি, পরিধি, অবস্থা প্রভৃতি ভালরূপে অনুসন্ধান করতঃ দেখেন যে, উহার ভিতরে কি হইয়াছে। (এক্রপ প্রক্রিয়াকে exploration বলা হয়) এবং যদি উহার ভিতর ‘পূঁজ সঞ্চয়’ হইয়া থাকে, তবে যেন উহাতে একটি ক্ষুদ্র কর্টন (incision) দিয়া পূঁজ বাহির করিয়া দেন।”

১৭ই তারিখে খবর পাওয়া গেল—গতকল্য উহাতে অস্ত্রক্রিয়া করান হইয়াছে। তাহাতে প্রায় চারি পাউণ্ড (দুই সের) পূঁজ নিঃসরণ হইয়াছে। এই দিন আর কোনও ঔষধ দিলাম না।

১৯শে অক্টোবর—আমিলাম প্রত্যহই উহা হইতে প্রায় অর্ধ পাউণ্ড (একপোয়া) পরিফার পূঁজ বাহির

হইতেছে। কিন্তু রোগী উহাতে ভালই বোধ করিতেছেন।
অন্তও কোনও ঔষধ দিলাম না।

২৬শে অক্টোবর—রোগী আমার নিকট আনীত হইলে দেখিলাম—কণ্ঠিত অংশ (opening) হইতে প্রকৃত পরিমাণে পুঁজ নিঃসরণ হইতেছে। জ্বর, কফ, প্রভৃতি সকল বিষয়েই রোগীর অবস্থা ভাল। তবে এখনও শ্বাসক্রিয়া (respiration) সরল ও সহজভাবে (freely) আরম্ভ হয় নাই। পুঁজনিঃসরণ ক্রিয়াকে (suppurative process) বাধা দিবার জন্ত সাইলিসিসিয়া ১২x ব্যবস্থা করিলাম এবং ইহা ৪ঠা নভেম্বর পর্যন্ত চালাইলাম। অতঃপর অবস্থার কিছু উন্নতি পরিলক্ষিত হইল। সুতরাং উক্ত সাইলিসিয়ার শক্তি ৩০শততমিকে পরিবর্তিত করিয়া ১০ই নভেম্বর পর্যন্ত প্রয়োগ করিলাম। কিন্তু ইহাতেও অবস্থার সম্যক উন্নতি না হওয়ায়, কয়েক দিনের জন্ত ঔষধ একেবারেই বন্ধ রাখিলাম।

১৮ই নভেম্বর—খবর আসিল যে, রোগীর অবস্থা পূর্ববৎ আছে। একটু একটু জ্বর লাগিয়াই আছে। অস্ত্র সাল্ফার ৩০ দিলাম। উক্ত সাল্ফার দেওয়ার সঙ্গে সঙ্গেই উন্নতির লক্ষণ দেখা গেল।

পুঁজনিঃসরণ কমিয়া গেল, কতও ২।১ দিন মধ্যেই প্রায় আরোগ্য এবং এক সপ্তাহ মধ্যে জ্বর ও কফ অদৃশ্য হইল। ক্ষুধা বৃদ্ধি হইল এবং রোগী পূর্ণাপেক্ষা অধিক আহার্য্য পাওয়ার ইচ্ছা প্রকাশ করিতে লাগিল।

১৬ই ডিসেম্বর—পুনরায় রোগী আমার নিকট আসাতে দেখিতে পাইলাম যে সে সর্ববিষয়েই ভাল।
* * * পুনরায় 'সাল্ফার' দিলাম।

২১শে ডিসেম্বর—দেখিলাম যে, রোগী ক্রমশঃই ভালর দিকে চলিতেছে। ঔষধ একেবারে বন্ধ করিলাম। কিছুদিন পরেই রোগী আরোগ্য লাভ করিল।

(The Homœopathic Mirror, Feb. 1929,
Case from Dr. Sarcar's Clinique)

এই রোগী সম্পর্কে ডাক্তার সরকার বলিয়াছেন—
"It is difficult to say whether this was a case

of suppurative pleuritis from the beginning or of simple pleuritis with serious effusion taking on degenerative suppuration change in the course of old school treatment, when the patient was brought to me 34 days after the commencement of the illness, there was nothing to lead me that there was pus in the pleural cavity. * * *

However, if the diagnosis of the empyema (বকোমধ্যে পুঁজ সঞ্চয়) had been positively made at once could we have used any medicine that could cause absorption of so large a quantity as upwards of 4 (four) pounds of pus? My experience with *Heper sulph*, *Silicea* and *Mercurius* in such cases in the past does not return on affirmative answer to the question. And it is doubtful if anything else, than what was done, could have been done that would have hastened the progress of the case, which, it must be admitted was satisfactory." * * *

অর্থাৎ ডাঃ সরকার মহোদয়ের মন্তব্যের সারমর্ম এই যে—“ইহা বলা কঠিন যে, এই রোগীর পীড়া পূঁজোৎসৃজন প্লুরিসির প্রারম্ভাবস্থা কিবা রসস্রাবযুক্ত সাধারণ প্লুরিসি, অথবা পুরাতন চিকিৎসার ফলে পূঁজোৎসৃজনে পরিণত হইয়াছিল। রোগারম্ভের ৩৪ দিন পরে রোগী আমার চিকিৎসাধীন হইয়াছিল। এই সময় প্লুরাগম্বরে পুঁজ সৃষ্টি দৃষ্ট হয় নাই। যদিও প্লুরাগম্বরে পুঁজ সঞ্চয় হইত, তাহা হইলেও ঔষধের সাহায্যে এরূপ অত্যধিক পুঁজ (৪ পাউণ্ড) শোষণ কখনই সম্ভব হইতে পারিত কি? এতাদৃশ রোগীতে হিপার সাল্ফ, সাইলিসিয়া, মার্কিউরাস সম্বন্ধে আমার যে অভিজ্ঞতা আছে, তাহাতে ইহাদের দ্বারা উক্ত প্রস্নের সমাধান হইতে পারে না।” ইত্যাদি

স্বর্গীয় মহেন্দ্রলাল সরকারের মত ঋষিকল্প মনীষীর উল্লিখিত উপযুক্ত মন্তব্যের পরেও কি, গোড়া হোমিওপ্যাথদের চক্ষু খুলিবে না? তাঁহারা কি এখনও বলিবেন যে “হোমিওপ্যাথি বিশ্ববিজয়ী”। স্বর্গীয় সরকার মহোদয় উপরিস্থিত রোগীর সন্মুখে স্পষ্টই উপলব্ধি করিয়াছিলেন যে, অস্ত্রচিকিৎসা না করিলে এই রোগীকে বাঁচান কঠিন হইবে। বাস্তবিকই হইতও তাই। অতএব হোমিওপ্যাথিতে অস্ত্রচিকিৎসা সম্পর্কে ভ্রান্ত ধারণার অপনোদন হওয়াই বাঞ্ছনীয়।

তবে ইহাও অবশ্য স্বীকার্য্য এবং উল্লেখযোগ্য যে, অস্ত্রচিকিৎসা ব্যতিরেকেও অনেক দুর্দম্য কঠিন পীড়া হোমিওপ্যাথিক ঔষধে আরোগ্য হইয়াছে ও হইতে পারে। স্ত্রীরোগে—বিশেষতঃ, গর্ভিণীদের রোগে হোমিওপ্যাথিক ঔষধ যে, কত ক্রত কার্য্যকরী হইয়া থাকে; তাহা বোধ হয় আমার স্মরণে সহকর্মীদের মধ্যে অনেকেই উপলব্ধি করিয়াছেন। গর্ভভ্রাব (Miscarriage); গর্ভপাত (abortion); অকালপ্রসব (premature labour), এবং বিলম্বিত বা যন্ত্রণাদায়ক প্রসব (delayed or painful labour) প্রভৃতি ক্ষেত্রে আমি হোমিওপ্যাথিক ঔষধ দ্বারা আশ্চর্য্য ফললাভ করিয়াছি। যে সব ক্ষেত্রে সকলেরই ধারণা হইয়াছে যে, অস্ত্রপ্রয়োগ ব্যতিরেকে প্রসূতি ও সন্তানের জীবনরক্ষা অসম্ভব এবং যেখানে ফরসেপ্স দ্বারা প্রসব (Forceps delivery) করাইবার অল্প অগ্রসজ্জা হইতেছে—তখন ক্ষেত্রেও ২।১ কোঁটা হোমিওপ্যাথিক ঔষধ (বেলেডোনা ২০০, পালসেটিলা ২০, সিকেলি কর ৩০ এবং বাইওকেমিক—ম্যাগ্ন ফস, কেলি ফস প্রভৃতি) দ্বারা এমন ফল পাইয়াছি যে,

উপস্থিত জনমণ্ডলী তত্ত্বিত, বিষয়ে অবাক হইয়া রহিয়াছেন। এরূপ অনেক ক্ষেত্রেই অস্ত্রচিকিৎসা করিতে উদ্বৃত্ত চিকিৎসকগণ নিতান্ত বিকল মনোরথ হইয়া প্রত্যাবর্তন করিতে বাধ্য হইয়াছেন। হয়ত বা তাঁহাদের উপযুক্ত নাট্যাভিনয় করার স্মরণে না দেওয়ার, হোমিওপ্যাথির প্রাক্ক করিতে করিতে স্বস্থানে প্রস্থান করিয়াছেন।

অস্ত্রচিকিৎসা সম্পর্কে আরও লিখিবার ইচ্ছা রহিল। আবার অতুরোধ এই যে, ‘চিকিৎসা-প্রকাশের’ স্মরণে পাঠকবর্গের মধ্যে আমার সমধর্ম্মাবলম্বী (হোমিওপ্যাথিগণ) বা বিপরীত ধর্ম্মাবলম্বী এলোপ্যাথগণ তাঁহাদের অস্ত্রচিকিৎসা সন্মুখে নিজ নিজ অভিজ্ঞতা এই কাগজে লিখিয়া জানাইলে দেশের ও দশের উপকার হইবার সম্ভাবনা। আবহমান কাল হইতে হোমিওপ্যাথ ও এলোপ্যাথগণের মধ্যে যে কলহ চলিয়া আসিতেছে—অবস্থা বিশেষে এবং উপযুক্ত ক্ষেত্রে তাহার দূরীকরণ হওয়াই বাঞ্ছনীয়। দম্ব কলহ না করিয়া, বাহ্যিক প্রত্যেক বিজ্ঞানেরই আদর্শ উন্নত হইতে পারে, তদ্বিষয়ে লক্ষ্য রাখা দরকার। নিরপেক্ষভাবে প্রত্যেক জিনিষ হইতেই ভালটী বাছিয়া লওয়াই যুক্তিসঙ্গত। আমাদের এলোপ্যাথ ভ্রাতৃবৃন্দের মধ্যেও অনেকেই হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করিয়া থাকেন। আবার হোমিওপ্যাথদের মধ্যেও অনেকে এলোপ্যাথিক চিকিৎসা করিয়া থাকেন। আশা করি, উভয় সম্প্রদায়ের লোকই অস্ত্রচিকিৎসা সন্মুখে নিজ নিজ অভিজ্ঞতা চিকিৎসা-প্রকাশে আলোচনা করিলে, উভয় সম্প্রদায়েরই উপকার হইবে।

হোমিওপ্যাথিক মতে—পশু-চিকিৎসা

লেখক—ডাঃ জীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ, হুগলী।

“নাম গোয়াল কঁজি ডকন” কথাটা যেমন গোয়ালার জনস্বাক্ষরক ; “চিকিৎসক চিকিৎসা করিতে অক্ষম” ইহাও চিকিৎসকের পক্ষে তেমনই নিন্দনীয়। চিকিৎসক হইয়া সকল জীবের চিকিৎসায় পারদর্শী হইতে না পারিলে, তাঁহার চিকিৎসা-বিজ্ঞা শিক্ষা যে অসম্পূর্ণ থাকিয়া যায়, তাহা কেহই অস্বীকার করিতে পারেন না। গোয়াল ইচ্ছা করিয়া কঁজি খান, সে স্বতন্ত্র কথা ; কিন্তু সেই গোয়ালার গৃহে দুধ থাকা চাই, নচেৎ ছুধের অভাবে বাধ্য হইয়া কঁজি খাওয়াই আমাদের কথা। চিকিৎসক অত্র জীবের চিকিৎসা না করেন, সে স্বতন্ত্র কথা ; কিন্তু জীবমাত্রেয়ই চিকিৎসা-তত্ত্ব অবগত থাকা তাঁহার অবশ্য কর্তব্য। নিজের গুরু বাছুরের পীড়া হইলে, স্বীয় অজ্ঞতার অত্র বাধ্য হইয়া অশিক্ষিত অল্পবুদ্ধি অবিবেচক লোকের হস্তে তাহাদের চিকিৎসার ভার অর্পণ করা চিকিৎসকের পক্ষে কলঙ্কের কথা নহে কি ?

কিন্তু ষাঁহারা মানুষের চিকিৎসা শিক্ষা করিয়াছেন বা মানুষের জীবনযন্ত্র সম্বন্ধীয় সমুদয় তথ্য—সকল রহস্য বিদিত আছেন, তাঁহাদের পক্ষে অত্র জীবের চিকিৎসা বিষয়ক জ্ঞান লাভ করিতে অধিক সময়ের আবশ্যক করে না। চাই কেবল সন্ধান জানা। মানুষের জ্ঞান জীবন্তের সেই একই রোগ, সেই একই ঔষধ, সেই একরূপই ব্যবস্থা।

অত্র প্রাচীন মতের চিকিৎসায় নানা গোলযোগ আছে। যে চিকিৎসায় মদ, আফিং, ধূতরা প্রভৃতি মাদকদ্রব্য খাওয়ান, জ্বালাপ, রক্তমোক্ষণ, টিকা দেওয়া, ইঞ্জেক্সন, অস্ত্রাঘাত, ফোকা করা, দধি করা এবং ডুস, সিরিজ, প্রভৃতি গুহ্বারে প্রবিষ্ট করণ প্রভৃতি অমানুষিক

ব্যাপার নাই—যে চিকিৎসায় এক রোগের চিকিৎসা করিতে গিয়া অপর এক প্রকার রোগের সৃষ্টি করিতে হয় না—যে চিকিৎসায় কষ্ট, তিস্ত ঔষধ নাই ; সেই অমৃতোপম সুখসেব্য সুলভ ও সহজপ্রাপ্য আশু উপকারক হোমিওপ্যাথিক ঔষধই, মানুষের জ্ঞান গবাদি সকল জীবের পক্ষেও মঙ্গলদায়ক মহোষধ হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসায় সেকতাপ, দাণ্ডনি, ইঞ্জেক্সন প্রভৃতি কিছুই আবশ্যক নাই ; কেবল যথোপযুক্ত ঔষধ নির্ধারিত করিয়া খাওয়াইলেই, গৃহপালিত গবাদি পশুগণের জীবন রক্ষা হইতে পারে। ইহা কি কম লাভের কথা ? হই একটা ঔষধের আলোচনা করিলেই এ বিষয় সুস্পষ্টরূপে বুঝা যাইবে।

বর্তমান যুগে হোমিওপ্যাথিক ঔষধই সর্বশ্রেষ্ঠ এবং তাহাই সকলের পক্ষে ব্যবহার্য্য হওয়া উচিত। মানুষের ধাতু-প্রকৃতির বিভিন্নতা আছে, সেজন্য মানুষের পক্ষে বরং অনারূপ চিকিৎসাও লোক বিশেষে ব্যবস্থিত হইতে পারে ; কিন্তু সাত্তিক ভাবাপন্ন তৃণভোজী গো মহিষ, অখাদির পীড়ায় একমাত্র হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসাই সম্পূর্ণ উপযোগী ও তাহাই সর্বোৎকৃষ্ট বলিয়া আমি মনে করি।

আপনি হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক—আপনার গৃহে মৃতসঞ্জীবনী সদৃশ হোমিওপ্যাথিক ঔষধ থাকিতে, আপনি তাহা আপনার গৃহপালিত পশুগণের পীড়ার সময় প্রয়োগ করিতে পারেন না—জানেন না, ইহা যেমন লজ্জার কথা ; তেমনই আপনার পক্ষে ততোধিক ক্ষতিকর। আপনার পক্ষে পশু-চিকিৎসা শিখিতে অধিক সময়েরও আবশ্যক করে না। কেবল চাই—সন্ধানগুলি জানা। মানুষের পীড়ায় এবং পশুদিগের পীড়ায় কি কি পার্থক্য আছে ; লক্ষণাদি কিরূপ ; কোন্ কোন্ পীড়া পশুদিগের

পক্ষে সাংঘাতিক হয় ও অধিক হয়; কোন্ কোন্ ঔষধ তাহাদের পক্ষে সমদিক উপকারী; এই সকল অবগত হইতে হইবে মাত্র।

পূর্বে প্রবন্ধান্তরে বলিয়াছি—মাংসুষের যত প্রকার রোগ হয়, পণ্ডিগেরও সেইরূপ সকল রোগই হইয়া থাকে। “উনকোটি চৌষষ্টি রোগ”—কে ইহার সন্ধান জানে? তেমনই ইহাদের পীড়ার অংখ্য হোমিওপ্যাথিক ঔষধের মধ্যে কোন্ ঔষধের কথা বলিব? তবে বুদ্ধিমান ব্যক্তির নিকট একটু আধটু প্রকাশ করিলেই, তিনি সকল কথা বুঝিয়া সইতে পারিবেন, সেই জন্তই আমার এই ক্ষুদ্র চেষ্টা এবং এই ক্ষুদ্র প্রবন্ধের অবতারণা।

ইতিপূর্বে গরুর কয়েকটি পীড়ার কয়েকটি হোমিওপ্যাথিক ঔষধের অসীম উপকারিতার বিষয় চিকিৎসা-প্রকাশে প্রকাশ করিয়াছি (১৩৩৬ সালের ১ম সংখ্যা ৫৫ পৃষ্ঠা ও ২য় সংখ্যা ১০০ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য)। আজ আরও কয়েকটি পীড়া ও ঔষধের বিষয় উল্লেখ করিব।

(১) **নক্সভমিকা ৩০**—এ যে গরুটি কা’ল থেকে কিছু খায় নাই, চূপ করিয়া বিষমভাবে দাঁড়াইয়া থিমাইতেছে, পেটটাও ফুলিয়াছে, অথচ নাড়ে নাই, প্রশ্নাব করে নাই; উহার রোগের নাম যাহাই কেন হউক না, যদি উহাকে দুই একবার **নক্সভমিকা ৩০**, খাওয়ান যায়, তাহা হইলে দেখিবেন—নিশ্চয়ই গরুটি আরাম হইয়া যাইবে।

গরুর যে কোন পীড়ায় যদি দেখা যায় যে, গরুটি পুনঃ পুনঃ নিফল বাহের চেষ্টা করিতেছে, লেজ তুলিয়া বাহে যাইবার মত বেগ বা কৌণ দিতেছে, কিন্তু বাহে হইতেছে না; তাহা হইলে আর কিছু দেখিতে হইবে না, **নক্সভমিকা ৩০**, খাইতে দিলেই, সফল ফলিবে।

গো মহিষাদির বাত রোগের জন্তই হউক বা যে কারণেই হউক, উহার কোমরের আড়ষ্টতা থাকিলে এবং চলিবার সময় পা ফাঁক করিয়া চলিলে, **নক্সভমিকা ৩০**, অথবা ২০০ খাওয়াইলে, তাহার ঐ পীড়া সঙ্গে সঙ্গে ভাল হইয়া যাইবে।

গরু যদি অতি ধীরে ধীরে চলিয়া বেড়ায়, অকস্মাৎ শোয় কিবা পড়িয়া যায় অথবা শুইয়া পশ্চাতের পা ছোঁড়ে বা ঐ পা দিয়া পেটে আঘাত করে, পেটের দিকে তাকায়, শুইয়া শুইয়া ঘুরিতে থাকে, কিবা একবার শোয়, একবার উঠে; কিছুতেই স্থির হইতে পারে না, হয়ত খানিকক্ষণের জন্ত পা ছড়াইয়া চূপ করিয়া শোয়, কি—পেটে চাপ দিয়া শোয়, আবার হঠাৎ (পেটের বেদনার জন্তই বোধ হয়) উঠিতে বাধ্য হয়। তাহা হইলে এই সকল লক্ষণ শূলরোগ (Colic) বা পেটকামড়ানি বলিয়া সন্দেহ হইতে পারে; কিন্তু রোগ যাহাই হউক, এইরূপ লক্ষণে **নক্সভমিকা ৩০**, বা ২০০ মহোপকারী ঔষধ। গরু অপেক্ষা ঘোড়ার এই প্রকার রোগ অধিক হয়।

পূর্বে গাছগাছড়া, কবিরাজি, কিবা এলোপ্যাথিক ঔষধ খাওয়ান হইয়া থাকিলে, অজ্ঞ কোন হোমিওপ্যাথিক ঔষধ ব্যবহার হইলেও, সর্বাগ্রে **নক্সভমিকা ২০০**, একবার খাওয়াইতে হয়। অনেক সময়—ঐ ঔষধেই তাহার পীড়াও সম্পূর্ণরূপে আরাম হইতে দেখা যায়, অথবা ইহা সত্তর আরোগ্যলাভের সহায়তা করে।

অতিরিক্ত আহার; উগ্র বা বিষাক্ত খাদ্য বা গাছগাছড়া প্রভৃতি খাইয়া ভেদ হইতে থাকিলে; গ্রীষ্মকালে প্রচুর জলপান, ব্যায়ামহীন বা নিয়ত এক স্থানে বাঁধিয়া রাখা প্রভৃতি কারণে গবাদি পশুর কোষ্ঠবদ্ধ অথবা যে কোন পীড়া জন্মিয়াছে মনে হইলে, তাহাকে **নক্সভমিকা ৩০** দিতেই হইবে।

প্রাতে অত্যন্ত দুর্বলতা, ঘুমাইয়া পড়া, পেটকাঁপা বা পেট কল্কল করা; অথবা পুনঃ পুনঃ নিফল মলবেগ; বহু চেষ্টায় সামান্য মল নির্গমন, সৰু বাহে হওয়া, যাহাদিগকে পুনঃ পুনঃ জোলাপের ঔষধ ব্যবহার করান হইয়াছে; বাহাদের জুহু স্বভাব, শীর্ণকায়, উত্তর পূর্ব বাতাসের প্রাধান্তে সর্দি হয়; বাহাদের মুখ শুক, জিহ্বা লাল ক্লেদাবৃত, দিনের বেলায় নাক দিয়া পাতলা জলবৎ কিবা রক্তময় স্লেমা পড়ে ও রাখে নাক বন্ধ হয়। যুগে

হৃদয় পীড়ায় বায়ু এবং তৎসহ কোষ্ঠবদ্ধ ও অঙ্গ প্রত্যঙ্গের
জাড়তা থাকিলে **অক্সিজেনিক** ব্যবহার্য।

সূত প্রসূত বা কয়েকদিনের বাছুরের সর্দি হইলে
অক্সিজেনিক হিতকারী।

চক্ষু হইতে রক্তাক্ত জল পড়িতে থাকে; চক্ষের
কোণের দিকে লাল বেশী হয়; স্নীহাতে উদর
ক্ষীত, বৈকালে অর হয়; বেশী দিন পীড়া বর্তমান
থাকিলে, লিভারের নিয়মিক চালিলে নরম বোধ হয়;
মূখ ও চক্ষুর চতুর্দিক হরিদ্রাবর্ণ; পেটে চাপ দিলে বেদনা
বোধ করে; ছুটেপুই বাছুর ও বাহারা নিয়ত একস্থানে
বাসা থাকে, ইচ্ছামত পৌড়াইতে বা বেড়াইতে পায় না,
সেইরূপ বাছুরের মৃগীরোগে এবং যে সকল বাড়কে প্রতি
মাসে ৪৫টির অধিক গাভীকে গর্ভিনী করিতে হয়;
তাহাদের পক্ষে **অক্সিজেনিক** স্নায়ু আশু
উপকারক ঔষধ আর নাই।

(২) **সালফার (Sulphur)**: মাতৃবেদ
কোন কোন রোগে কিরূপ অবস্থায় সালফার ব্যবহৃত হয়,
প্রত্যেক হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকেরই তাহা অবগুই
জানা আছে। এখন দেখুন পশুদের কোন কোন রোগে
সালফার প্রযুক্ত হইতে পারে।

ভরণ রোগে যেমন একোনাইট, প্রাচীন রোগে তেমনই
সালফার উপকারী। একগুয়ে গরু; যে সকল গরুর
মান করার বা গা খোঁওয়ারিয়া দেওয়ার নিতান্ত অনিচ্ছা;
পুষ্টবশে বা মেরুদণ্ড বক্র অর্থাৎ পিঠ ধনুকের স্নায়ু বাঁকা ও
যে সকল গরু বাড় নীচু করিয়া চলে, তাহাদের পক্ষে
সালফার অত্যাবশ্যকীয় ঔষধ। সোরথোট বা গল ক্ষত,
টনসিলাইটিস, ডিস্কথিরিয়া, গলার গ্রন্থি-বিবর্দ্ধনাদি রোগে
ক্ষীতি বিস্তৃত হইতে থাকে এবং গিলিতে কষ্ট ও গলা
কোঁড়াইয়া থাকিলে **সালফার** প্রয়োগ হিতকর।
বসন্ত রোগে হঠাৎ গুটিকা বিলোপ হইলে বা বসিয়া বাইলে
কিবা ক্ষত শুকাবহায় চুলকানি থাকিলে এবং বন্দাগি না
পেট ফুলা রোগে ২৪ দিন অন্তর একমাত্রা সালফার খাইতে
দিলে, পীড়া পুরাতন আকারধারণ করিতে পারে না ও সম্বর
পীড়া আরোগ্যের সহায়তা হয়। কোন চর্মরোগ হঠাৎ

বসিয়া গিয়া কিবা বাহ্যিক ঔষধ প্রয়োগে সম্বর ভাণ করায়
রোগোৎপত্তি; আভ্যাসিক কোষ্ঠবদ্ধ অর্থাৎ মাঝে মাঝে
কোষ্ঠবদ্ধ হয়; প্রাচীন উদরাময়ে—বিশেষতঃ, যদি চর্মরোগ
হঠাৎ লুপ্ত হওয়ার বা বাহ্যিক ঔষধ প্রয়োগে সম্বর ভাণ
করায় উদরাময়ের উৎপত্তি হইয়া থাকে; যে কোন
প্রকার উদ্বেদ প্রকাশের পর উদরাময় এবং পুরাতন
রক্তামাশয়ে একমাত্রা ২০০ শক্তিস্থ
সালফার প্রয়োগে পীড়া প্রায় আরোগ্য হইতে
দেখা যায়। নিউমোনিয়ার রেজোলিউশন অবস্থায় শোষণ
কার্যে সহায়তা অল্প সালফার অতি প্রয়োজনীয় ঔষধ।
প্রাতে উদরাময় বৃদ্ধি ও তৎসহ কোনও প্রকার চর্মরোগ
থাকিলে সালফার প্রয়োগ হিতকর। হৃদয়
পুরাতন রোগ—বাহা কোন ঔষধেই সারে নাই,
সেরূপ হলে সালফার মহৌষধ। কাণ দিয়া দীর্ঘকাল পুঁক
পড়িতে থাকিলে সালফারে উপকার হয়। কাণে খইল
হইয়া শুনিতে না পাইলে ও অল্প ঔষধে উপকার না
হইলে বিবেচনা মত একমাত্রা সালফার দিতে পারিলে
ভাল হইয়া যায়। যে সকল গরু কোন গাছ, খুঁটি
অথবা ভাঙ্গা দেয়াল পাইলে গা চুলকায় কিবা নিয়ত গা
চাটে, উদর ক্ষীত, কোষ্ঠবদ্ধ; রাজিকালে গাভ কণ্ডুরনের
বৃদ্ধি, রক্তবমন এবং এবে ঘা হইলে সালফার অর্থাৎ
ও অপরিহার্য ঔষধ। এই রোগে অল্প ঔষধ ব্যবহার
হইলেও সপ্তাহ অন্তর একমাত্রা **সালফার**
২০০ শক্তি খাইতে দিলে সম্বর আরোগ্য কার্যে সহায়তা
করে। কাউর ঘা বা একজিমার উচ্চ শক্তির সালফার
৮১০ দিন অন্তর একমাত্রা করিয়া প্রয়োগে অনেক স্থলে
উহা আরোগ্য হইয়া থাকে। সর্বদা বর্ণন করিতে বা
চুলকাইতে ইচ্ছা; রক্তস্রাবী চটা পড়া ক্ষত এবং বাহ্যিক
ঔষধে রোগ চাপা দেওয়ার যে সকল উপসর্গ উপস্থিত
হয়, তাহাতে সালফার অর্থাৎ শান্তিকারক। পাঁচড়া,
কাউর প্রভৃতি চর্মরোগ বসিয়া যাওয়ার পর শোধ,
চর্মের ফুজুড়ী, গুহ্বারে ঘা; যদি শস্ত মলের সঙ্গে কেঁটো
কুবি নির্গত হয়; রক্তমূত্র ও সর্বদা কৃত্রিয়োগের চেষ্টা;
এই সকল লক্ষণে হুনিরূপিত ঔষধে উপকার পাওয়া

না। গেলে, একমাত্রা সালফার প্রয়োগে পূর্ণ নির্যাসিত ঔষধের ফল বিকশিত হয়। গাছ গাছড়া প্রভৃতি সস্ত্র মতের চিকিৎসার পর হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করিতে হইলে, প্রথমে নরুডমিকার দ্বারা একমাত্রা সালফার দেওয়ার রীতি আছে। রোগ ও রোগের অবস্থা বিশেষে সালফারের ৩০, ২০০, ১০০০, এবং সি, গ্রাম প্রভৃতি শক্তি ব্যবহৃত হয়।

(৩) বেলাডোনা (Belladonna) :-
গবাদি যে কোন পীড়িত পশু কোপনমতাব, উগ্র ভাবাপন্ন; চক্ষু রাঙা; গলার দুই পার্শ্বের ধমণী লাফাইতে থাকে; হঠাৎ রোগের আক্রমণ; প্রবল জ্বর, অগ্নে চমকিয়া উঠে, গলার মধ্যে অত্যন্ত লালবর্ণ, গলার ভিতরে ছাল উঠিয়া বাওয়ার মত দেখায়; মুখমণ্ডল ফুলা ফুলা ও লালবর্ণ, কঠকর শ্বাসপ্রশ্বাস, গলা স্পর্শ করিলে সঙ্কচিত হয়, গলার সামান্য চাপ দিলে শ্বাসরোধের মত হয়; খাওয়া গলার কারণে অত্যন্ত কষ্ট কিবা কিছুই গিলিতে পারে না; জল বা তরল খাওয়াইলে নাক দিয়া বাহির হইয়া আসে; গলার গ্রহি বা বিচি সকল শীঘ্র শীঘ্র অতিশয় ফুলিয়া উঠে; ক্ষীত গ্রহি শক্ত বোধ হয়; চর্ম ঘর্মযুক্ত; এবং গলার যে কোন রোগে সচরাচর মার্কিউরিয়াসের দ্বারা বেলাডোনা ব্যবহৃত হয়। মুখ দিয়া লাল নির্গত হইলে মার্কিউরিয়াস, এবং লাল নির্গত না হইলে বেলাডোনা প্রযোজ্য।

সূক্ষ্ম সকল ক্ষীত; হঠাৎ পীড়ার বৃদ্ধি ও হঠাৎ পীড়ার উপশম; অত্যন্ত বর্ধ সহ জ্বর; চলিতে গেলে হৌচোট লাগে; গর্ভিণী গুরু প্রভৃতি জন্তর প্রসব বেদনা হঠাৎ আসে, হঠাৎ চলিয়া যায়; পালানেন্স (ফ্লেনের) প্রদাহ বা ইনফেক্স (Inflammation of the udder or Mastitis) রোগে প্রথমাবস্থায় পালান গরম, ক্ষীত ও বেদনায়ুক্ত এবং ঠাণ্ডা লাগিয়া; রোগোৎপত্তি হইলে যদি একোনাইটে কল না পাওয়া যায়—বিশেষতঃ; পালান (স্তন) অত্যন্ত ক্ষীত ও লালবর্ণ হইলে বেলাডোনা অত্যন্ত উপকারী ঔষধ। প্রসবের পর অল্প দিন মধ্যে স্তন প্রদাহ; পালানে

অনেককণ দুধ ভরিয়া থাকা হেতু পীড়া; স্মৃতিকার জ্বরে (Puerperal fever) অত্যন্ত জ্বর, অজ্ঞানচ্ছন্ন, নিদ্রিতের দ্বারা পড়িয়া থাকা; দুর্গন্ধযুক্ত জমাট রক্তশ্রাব; স্তন ক্ষীত ও লাল এবং দুধ শূন্য; এবং কাশি, ব্রুকাইটিস, নিউমোনিয়া; ক্রুপ বা ঘূর্ণি কাশি প্রভৃতি রোগে বরভক্ষযুক্ত কাশি; পীড়া হঠাৎ বাড়ি ও হঠাৎ কমে; মুখমণ্ডল আরক্ত; চক্ষু উজ্জ্বল, চক্ষু বাহির হইয়া পড়ে বা বড় দেখায় এবং প্রদাহাঘাত ও লাল হয়; শুক কাশি; কাশিতে ঘেউ ঘেউ শব্দ, উচ্চ শব্দে শুক কাশি; নিশ্বাস প্রথমে করাতে কাঠি চেঁচোর মত কিবা বাঁশীর দ্বারা শব্দ, গলায় ঘা, গিলিতে কষ্ট, গলার ভিতর রক্তের ঘড় ঘড় শব্দ; গলায় অল্প চাপ দিলে দম বন্ধের ভাব; কখন কখন গলার ও বকের আক্কেপিক সঙ্কোচন (spasmodic constriction) ক্যারোটিক ধমণী (গলার দুই পার্শ্বের ধমণী) লাফাইতে থাকে। অত্যন্ত অস্থিরতা; গলার বিচি ক্ষীত ও বেদনায়ুক্ত, রাত্রিতে কাশির বৃদ্ধি; ইঁপানি (Asthma) রোগে চক্ষু লাল, বৈকালে ও সন্ধ্যার সময় রোগের বৃদ্ধি; চক্ষু রোগে—চক্ষু জবা ফুলের মত লাল, আলোর দিকে চাহিতে পারে না, চোক দিয়া গরম জল পড়ে, মধ্যে মধ্যে মাথা নাড়ে, ন কে ঘা হয়, বিশেষতঃ দক্ষিণ চক্ষের পীড়ায় বেলাডোনা মহোষধ। যে কোনও স্থানের ক্ষুদ্র বা বৃহৎ ফোটকের প্রদাহিত অবস্থায় বেলাডোনা প্রয়োগে ফোটক বসিয়া যায়। কেনা শিয়াল কুকুরে কামড়ান রোগে (Hydrophobia) চক্ষু-কনীপিকা প্রসারিত ও লাল হইলে উন্মাদবৎ ও কামড়াইবার চেষ্টা, আক্কেপ, চীৎকার ও গিলিতে অক্ষম হইলে বেলাডোনা উপকারী। কর্ণমূল প্রদাহে বেলাডোনা মহোপকারী ঔষধ। মস্তিষ্ক প্রদাহ (Inflammation of the Brain) রোগে—গবাদি পশুগণ রাগান্বিতভাবে ও অজ্ঞাতসারে বাহ্যিক সমুদ্রে দেখে, তাহাকেই আঘাত করিতে যায়, অস্বাভাবিক উজ্জ্বল ও তীব্র দৃষ্টি এবং অত্যধিকরূপে যত্নকে রক্ত সঞ্চয় লাগনে বেলাডোনা অব্যর্থ মহৌষধ। এরূপ স্থলে গবাদি পশু মৃতক নিয়মিত দিকে লক্ষ্যন

বরে ও এদিকে ওদিকে দোলায় এবং পৃষ্ঠ বাঁকাইয়া উঠে পুচ্ছে-ছুটিয়া থাকে। এই পীড়া সম্পূর্ণরূপে প্রকাশ হওয়ার পর বেলাডোনা, হায়োসায়িনাস এবং ট্রায়ামোনিয়াস এই তিনটি ঔষধ প্রায়ই নির্দেশিত হয়। এই তিনটি ঔষধের লক্ষণই প্রায় এক রকম। কিন্তু নিম্নলিখিত কয়েকটি বিশিষ্ট লক্ষণ দ্বারা ইহাদের পার্থক্য নির্ণয় করা বাইতে পারে। অত্যন্ত ক্ষিপ্তভাৱে বেলাডোনা; ট্রায়ামোনিয়াসে তদপেক্ষা উৎপাত কিছু কম, কিন্তু রোগাক্রান্ত পশুর আকৃতি ভয়ঙ্কর। হায়োসায়িনাসে ঐ দুইটি ঔষধ অপেক্ষা মৃদু ধরণের লক্ষণ প্রকাশ পায়। বেলাডোনা ও হায়োসায়িনাসের রোগী কামড়াইতে আসে, ট্রায়ামোনিয়াসের রোগী কিছু ভীত। বেলাডোনার রোগীর চক্ষু লাল ও বড় বড় এবং ক্যারোটিড্ আর্টারি (গলার দুই পার্শ্বের ধমনী) লাফাইতে থাকে।

হায়োসায়িনাসের রোগীর চক্ষু সাদা ও কোটরহ এবং ক্যারোটিড্ ধমনীর উল্লম্বন দৃষ্ট হয় না। বেলাডোনার রোগীর মস্তকে রক্তাধিক্য, কিন্তু হায়োসায়িনাসে রক্তহীনতা বর্তমান থাকে। ট্রায়ামোনিয়াসে জননেদ্রিয়ার উত্তেজনা দেখা যায় এবং শয়ন অবস্থায় এক একবার মাথা তুলিয়া চতুর্দিকে দেখিতে থাকে, আবার পরক্ষণেই মাথা স্থির ভাবে রাখিয়া শুইয়া থাকে; কিন্তু বেলাডোনার রোগী শয়নাবস্থা হইতে একেবারে হঠাৎ উঠিয়া দাঁড়ায়।

বেলাডোনার ৩য়, ৩০শ ও ২০০ শত শক্তি ব্যবহৃত হয়।

এইবার একবার তুলনা করিয়া দেখুন,—মাহুঘের ও পশুদের রোগে ঔষধের লক্ষণের কি কি পার্থক্য আছে। অবশ্য মাহুঘের ও পশুর রোগে যে কিছু প্রভেদ নাই; তাহা নহে। যাত্ৰিক ও দৈহিক বিভিন্নতা বশতঃ মাহুঘ ও পশুদিগের পীড়ারও অনেক বিভিন্নতা দৃষ্ট হয়। মাহুঘের একটা পাকস্থলী, কিন্তু গবাদি রোমন্থনকারী পশুগণের পাকস্থলী চারিটা। পশুর লেজ আছে, মাহুঘের নাই। (তবে সাহেবদের মতে নাকি আদিম অবস্থায় মাহুঘের লেজ ছিল)। পশু চারি পায়ে চলে, মাহুঘ দুই পায়ে চলে;

ইত্যাকার শারীরিক গঠনাদি ভেদে এমন কতকগুলি রোগ আছে, যাহা পশুদের হয়—মাহুঘের হয় না; অথবা মাহুঘের হয়—পশুদের হয় না। আবার কতকগুলি রোগ হয়ত মাহুঘের পক্ষে সহজে আরাম হয়, কিন্তু পশুদের সেই রোগ অতি সাংঘাতিক হইয়া থাকে। এই সকল পার্থক্যাদি ভালরূপে জানিতে হইলে, অন্ততঃ একখানি ভাল পশু-চিকিৎসার গ্রন্থ মনোযোগের সহিত পাঠ করা বাতীত, কেবল মাসিক পত্রে দুই চারিটা প্রবন্ধ পাঠ করিলেই সম্যক জ্ঞান লাভ হইতে পারে না।

কিন্তু অচিকিৎসক কর্তৃক চিকিৎসাগ্রন্থ লিখিত হইলে নিতান্ত বিভ্রাট ঘটয়া থাকে। এইরূপ পুস্তক দ্বারা কিরূপ বিভ্রাট ঘটিতে পারে, অপ্রাসঙ্গিক হইলেও, তাহার একটু নমুনা দেখাইব। ময়মনসিংহ জেলার কিশোরগঞ্জের উকিল গিরিশচন্দ্র চক্রবর্তী বিরচিত “গোধন” নামক পুস্তকের সম্বন্ধে কিছু বলিব। সংস্কৃত “গো-জীবন” পুস্তকের ৫ম সংস্করণে “ব্রত উদ্‌ঘাপন” বা ভূমিকায় “গো-জীবনের” কতিপয় নকলকারীর নাম ধাম প্রকাশ করিয়াছি। তদ্ব্যতীত “গোধন” নামক পুস্তক প্রণেতা গিরিশ বাবু ঢাকা হইতে প্রকাশিত “কৃষি-সম্পদ” নামক মাসিক পত্রে একখানি পত্র প্রকাশ করিয়া তাঁহার এই নকল করার কথা একেবারে অস্বীকার করেন। কিন্তু তিনি আশ্চর্য্যের ঢাকিবার জন্য বুধা চেষ্টা করিয়াছিলেন। কারণ, তাঁহার কৃতকর্ম লুকাইবার উপায় নাই। আমি বধাসময়ে তাঁহার এই মিথ্যা উক্তির প্রতিবাদও করিয়াছিলাম। তিনি “গো-জীবন” হইতে বর্ণে বর্ণে, ছত্রে ছত্রে যে সকল স্থান অবিকল উদ্ধৃত করিয়াছেন; আমি তাহা গো-জীবনের ও তাঁহার পুস্তকের পৃষ্ঠা ও পংক্তি উল্লেখ করিয়া দেখাইয়া দিয়া ছিলাম এবং তাঁহার অনধিকার চর্চায় ও অজ্ঞতার অবশ্রুতাবী ফল স্বরূপ তাঁহার পুস্তকের কতকগুলি মারাত্মক ভুল দেখাইয়াছিলাম। কিন্তু আশ্চর্য্যের বিষয়—উক্ত কৃষি-সম্পদ সম্পাদক শ্রীযুক্ত নিশিকান্ত ঘোষ মহাশয় ঐ প্রতিবাদ প্রকাশ না করিয়া সম্পাদকের পবিত্র আসন কলঙ্কিত করিয়াছেন এবং তাঁহার পত্রিকার পাঠকগণকে প্রকৃত ব্যাপার অবগত হইবার সুযোগ প্রদান

করেন নাই। এখন গিরিশ বাবুর পত্রের সেই প্রতিবাদ প্রকাশ করিয়াও আর কোন লাভ নাই। কারণ, গিরিশ বাবু এক্ষণে পরলোকে। গিরিশ বাবুর ঐ পুস্তক হইতে সন্ধানও কিছুমাত্র প্রতারণিত হইয়াছেন ও হোমিওপ্যাথিরও ক্ষতিপূর্ণ মতাদোহানি হইয়াছে, তাহাই কেবল সংক্ষেপে দেখাইব।

গিরিশ বাবু তাঁহার গোপন পুস্তকে গোপালন সম্বন্ধে বহু লিখিয়াছেন, তাহা তাঁহার ভ্রাতৃ উপযুক্ত ব্যক্তির লেখা বলিয়া উৎকৃষ্ট হইয়াছে; কিন্তু তিনি চিকিৎসা বিষয়ে হস্তক্ষেপ করিয়া ভুল করেন নাই। গিরিশ বাবুর “গোপন” পুস্তকে যে নানামাত্র ও ভ্রমপূর্ণ হোমিওপ্যাথিক ঔষধের ব্যবস্থা আছে, তাহা একেবারেই গ্রহণযোগ্য নহে। এখানে বলা আবশ্যিক, তিনি তাঁহার পুস্তকে লিখিত হোমিওপ্যাথিক অংশ গোপন হইতে নকল করেন নাই, —একখানি ইংরাজি পুস্তক হইতে অনুবাদ করিয়া প্রকাশ করিয়াছেন। গিরিশ বাবুর পুস্তকে এমন কতকগুলি ঔষধ আছে—যাহা সেই রোগের উৎকৃষ্ট ঔষধ হইলেও, তাহা যে শক্তিতে ব্যবহার করিতে বলা হইয়াছে, উহা চিকিৎসা ক্ষেত্রে মোটেই ব্যবহৃত হয় না। যেমন—নক্সভসিকা ix, সালফার ix, আর্সেনিক ix, ট্রাইওনিয়া ix ইত্যাদি। এক কথায় কোনও ঔষধই ix-এর উপরে ব্যবহার করিবার ব্যবস্থা নাই*। কেবল একস্থানে কুমিরোগে সিনা ২০০, শক্তির উল্লেখ আছে। গিরিশবাবুর পুস্তকে ঐ সকল হোমিওপ্যাথিক ঔষধ জলসহ মিশ্রিত করিয়া খাওয়াইবার ব্যবস্থা আছে, কিন্তু উহার জলের সহিত মিশ্রিত হইলেই ঔষধের বিশেষত্ব তৎক্ষণাৎ নষ্ট হইয়া যায়। “গোপন” পুস্তকের ২য় সংস্করণ ৩৪৫ পৃষ্ঠার ১৪ পংক্তিতে—“৪০ কোঁটা কবিনীর ক্যান্ডর এক গ্রাস জলে মিশ্রিত করিয়া সেবন করাইবার ব্যবস্থা আছে”। কিন্তু অভিজ্ঞ চিকিৎসকগণ অবগত আছেন যে, কবিনীর ক্যান্ডর জলে দিলেই কর্ণুট। জমিয়া জলে ভাসিতে থাকে ও কবিনীর ক্যান্ডরের বিশেষত্ব নষ্ট হইয়া সাধারণ ক্যান্ডরের (crude) সত্ত্ব হইয়া যায়। গিরিশ বাবুর “গোপন”

পুস্তকে এমন অনেক হোমিওপ্যাথিক ঔষধের ব্যবস্থা আছে—যাহা একবারে সৃষ্টি ছাড়ানি হইলেও, ভারতের কোনও হোমিওপ্যাথিক ঔষধালয়ে তাহা পাওয়া যায় না; ভারতের কোনও চিকিৎসকের নিকটেই সেই ঔষধ নাই; তাহা এদেশে আমদানী হইতেই পারে না। যেমন গোপন ২য় সংস্করণ ৩৪০ পৃষ্ঠার ২য় পংক্তিতে—“ফুসফুস প্রদাহ রোগে ফস্ফরাস ix-এর” ব্যবস্থা। ফস্ফরাস ix-যে বায়ু সংস্পর্শ হইলেই জলিয়া উঠে, এ তত্ত্ব গিরিশ বাবুর বোধ হয় জানা ছিল না। এতদ্ব্যতীত ঐ পুস্তকে এক রোপের চিকিৎসা অধ্যায়ের উল্লিখিত হইয়াছে। আরও অনেক অব্যবস্থা আছে। সকল বিষয় উল্লেখ করিয়া প্রবন্ধের কলেবর বাড়াইতে চাহি না। তিনি ইংরাজ লেখকের উক্তি অত্রান্ত বোঝে একজন অচিকিৎসক ইংরাজের লিখিত গ্রন্থ (Cow keeping in India) হইতে ঐ সকল অবিকল উদ্ধৃত করিয়া স্বয়ং এইরূপে প্রতারণিত হইয়াছেন, সাধারণকে প্রতারণিত করিয়াছেন এবং হোমিওপ্যাথিরও অমূল্য ব্যবস্থা প্রচারণিত হইয়াছে।

বলিতে বলিতে অনেক দূরে আসিয়া পড়িয়াছি। তবে এ সম্বন্ধে একটা কথা এই যে, বাহার অর্থের অভাব নাই, তিনি বাজারে যে কয়খানি পণ্ড চিকিৎসার পুস্তক আছে, তাহা খরিদ করিয়া এই সকল রহস্য অবগত হইতে পারেন।

আমার “হোমিওপ্যাথিক মতে পণ্ড-চিকিৎসা” প্রবন্ধ পাঠে পণ্ড-চিকিৎসার দিকে যে অনেক চিকিৎসকেরই দৃষ্টি আকৃষ্ট হইয়াছে, তাহা আমি বেশ বুঝিতে পারিতেছি। কতিপয় চিকিৎসক পণ্ড-চিকিৎসায় হস্তক্ষেপ করিয়াছেন দেখিতেছি। ঢাকার একজন ডাক্তার “আধুনিক বিজ্ঞান অনুসারে উন্নত পণ্ড-চিকিৎসা বিবরণী” নামক এক বিজ্ঞাপনও মুদ্রিত করিয়াছেন এবং আমার নিকটে তাহা একখানি পাঠাইয়া দিয়াছেন। আমার মনে হয়, তিনি “চিকিৎসা-প্রকাশ” এর গ্রাহক। কারণ, আমি

* কেহ কেহ বলিতে চাহেন যে, নিম্নশ্রেণীর জীবসমূহে (Lower animals) নিম্ন শক্তির (Lower Potency) ঔষধ ব্যবহৃত হয়, কিন্তু একবার কোন মূল্য নাই।

ইতিপূর্বে “চিকিৎসা-প্রকাশ” এ যে সকল রোগের কথা লিখিয়াছি, তাঁহার ঐ বিবরণীতে কেবল সেই সেই রোগের নামগুলিই যথাযথ ভাবে স্থান পাইয়াছে। এটা সুসংবাদই বটে। কারণ, যেরূপেই হউক, চিকিৎসক দ্বারা পশুগণের চিকিৎসা হওয়াই আবশ্যিক। তবে উক্ত ডাক্তার বাবু “আধুনিক বিজ্ঞান” না বলিয়া, স্পষ্টরূপে “হোমিওপ্যাথিক যন্তে” বলিলেই যেন ভাল হইত।

চিকিৎসক যে, কেবল বড়লোক রোগীর নিকটেই অর্থলাভ করেন, তাহা নহে; চিকিৎসককে গরীবও অর্থদান করে। পল্লীগাম্বে অনেক সময় দেখা যায়, বড়লোক অপেক্ষা গরীবই অধিক অর্থ দিয়া থাকে। গরীব ভক্তি ও ভয় করে, সেজন্ত দেনা করিয়াও চিকিৎসকের প্রাণ্য দিতে চেষ্টা করে। কিন্তু বড়লোক গ্রাম্য চিকিৎসককে ভক্তি ও ভয় করা দূরের কথা—যেন দয়া (পশার করিয়া দিবার প্রলোভন) করিয়া ও ভয় (পশার নষ্ট করা বা শত্রুতা করা) দেখাইয়া চিকিৎসা করান। অধিকাংশ বড়লোকের বাড়ীতে চিকিৎসকের প্রাণ্য ধারে বা খাতিরে পরিশোধ হয়, ইহা অভিজ্ঞ পল্লী-চিকিৎসকের অভিজ্ঞান। নাই।

আমি নিশ্চয় বলিতে পারি, উচ্চশ্রেণীর জীব—মানুষের চিকিৎসা অপেক্ষা, নিম্নশ্রেণীর জীব—পশুগণের চিকিৎসার অর্থলাভ কম হয় না। কারণ একটা গরু বা মহিষ মারা গেলে গৃহস্থের যে আর্থিক ক্ষতি ও কার্যের অন্ত্রবিধা হইতে পারে, তাহা সে সেই পশুর কঠিন পীড়ার সমস্ত চক্ষের উপর স্পষ্ট দেখিতে পায় এবং সেই মূল্যায়ন গরু বা মহিষটিকে বাঁচাইবার জন্য তখন অর্থব্যয় করিতে কাতর হয় না। মানুষের চিকিৎসাতেও যেমন চিকিৎসকের অর্থাগম হয়, পশু চিকিৎসাতেও তেমনই চিকিৎসকের অর্থোপার্জন হইতে পারে। আজকাল যেকোন সন্তান গৃহ-চিকিৎসকের আধিক্য ঘটাইয়াছে; তাহাতে অনেক চিকিৎসকেরও আশাভ্রূষণ আয় হয় না; এরূপ অবস্থায় আয়ের পথ বন্ধ প্রশস্ত হয় ততই মঙ্গল। পশু-চিকিৎসা নিত্য ধনাগমের অন্ততম পন্থা। যিনি মানুষের চিকিৎসার সহিত পশু-চিকিৎসা যুগপৎ চালাইতে পারিলেন, তাঁহার “মণি কাঞ্চন সংযোগ” হইবে, তাঁহার ঔষধের বাজে অর্থের অভাব হইবে না। ইহা লাঙ্গলহীন শৃগালের বৃত্তি নহে।

শিশুর ফুস্ফুসীয় পীড়ার—এন্টিম-ট্যাব

লেখক—ডাঃ শ্রীহরেন্দ্রকুমার দাস এইচ, এম, বি।

দাতব্য চিকিৎসালয়, (জিনাদি ইউ, বোর্ড)

গয়েশপুর, ঢাকা।

রোগী :—রাখাদি নিবাসী শ্রীযুক্ত যোগেশচন্দ্র দাস
মহাশয়ের প্রথম পুত্র। বয়স ৭ সাত মাস।

পূর্ব ইতিহাস :—প্রথমতঃ ঠাণ্ডা লাগিয়া শিশুটির সর্দিজ্বর হয়, তারপর ক্রমশঃ জ্বর বৃদ্ধি হইয়া নিউমোনিয়াতে পরিণত হয়। প্রথমতঃ “রোখা” দ্বারা চিকিৎসা আরম্ভ করা হয়। কিন্তু চারিজন “রোখা”র চিকিৎসায় কোন ফল হয় নাই। অতঃপর শিশু

বাচিবে না বলিয়া তাহার চলিয়া যায়। তারপর কোন শক্ত লোকের পরামর্শে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করাইবার জন্য এই জ্যৈষ্ঠ (১৯৩৭) রাতি ১৮ ঘটিকার সময় আমাকে আহ্বান করেন। আমি যাইয়া রোগীকে নিয়ম অবস্থাপন্ন দেখিলাম।

বর্তমান অবস্থা :—জ্বর ১০৫ ডিগ্রি; সংজ্ঞাহীনতা, মুখমণ্ডল রক্তশূণ্য ও ফেফাসে; অন্ত্র

খাসকট; খাসপ্রথাসে স্নেহের শব্দ (গলা বড়বড় করিতেছে) কোঠবড়; পেটফাঁপা; শীতল বর্ণ ও অবিরত কষ্টকর কাশি; কাশিতে কাশিতে কোন কোন সময় সামান্য ঝক মুখে আসে বলিয়া মনে হয়; কিন্তু শিশু উহা ফেলিতে অক্ষমতাবশতঃ সেবন করে বলিয়া উহার বর্ণ নির্ধারণ করিতে পারিলাম না। বুক, পিঠ স্পর্শ করিলে কাঁদিয়া উঠে, সম্ভবতঃ ব্যথা অল্পতর করে। শিশু উর্দ্ধনেত্রে মূতবৎ অবহীর আছে, কিন্তু মাঝে মাঝে কটের সহিত চীৎকার করিয়া উঠিতেছে।

চিকিৎসা ১ঃ—উল্লিখিত অবস্থা দর্শনে এন্টিম-টার্ট (Antim tart) উপযোগী মনে করিয়া ইহার ৬ষ্ঠ শক্তি ৩ মাত্রা, প্রতি ৩ ঘণ্টা অন্তর সেবন করিতে দিয়া চলিয়া আসিলাম।

৮।২।০৭—অন্তর ১০০' ডিগ্রি; খাসপ্রথাসের কষ্ট ও অস্ত্রা উপসর্গ অনেকটা কম, ৩ বার কফ সংযুক্ত, দাঁত হইয়াছে।

অন্তঃ এন্টিম-টার্ট ৬, ৪ মাত্রা দিয়া প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টা অন্তর সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

৯।২।০৭—কল্যা ১০০' ডিগ্রি পর্যন্ত অর হইয়াছিল। কিন্তু অস্ত্র উপ ২২' ডিগ্রি অস্ত্রা উপসর্গ অনেক কম। অস্ত্রঃ এন্টিম-টার্ট ৬, ৪ মাত্রা দিয়া উহা ৩ বার সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

পরে এই ঔষধই ক্রমে শক্তি ও সময় বৃদ্ধি করিয়া দেওয়া হয়। তাহাতেই রোগী সুস্থ হইয়াছিল। দুর্বলতার অস্ত্র কয়েক মাত্রা চায়না (China) দেওয়া হয়।

অস্ত্রব্য ১ঃ—রোগীর ফুসফুস স্নেহের পূর্ণ, গলা বড়বড়, কাশিতে কাশিতে অতি অল্প কফ উঠে; ওজ্রাভাব, দুর্বলতা ও বর্ণ; এই সকল লক্ষণ দৃষ্টে এন্টিম-টার্ট উপযুক্ত ঔষধ বিবেচনার ইচ্ছা প্রয়োগ করিয়াছিলাম। বলা বাহুল্য, এই নির্বাচন ভ্রান্ত হয় নাই বলিয়াই শিশুটি আরোগ্য লাভে সমর্থ হইয়াছিল।

রিকেটী পাড়ায়—সাইলিসিয়া

লেখক : ডাঃ পণ্ডিত মহম্মদ আব্দুর রাহিম
Medical Officer, Pally Stars Sribardi, Mymensingh.

ব্রোঞ্জী—১ক-কাউরিয়া গ্রামবাসী মহম্মদ আজিজুল হকের আড়াই বৎসর বয়স্ক একটি পুত্র। গত ১৬ই বৈশাখ (১৩০৭) আমি এই রোগীর চিকিৎসার্থ আহূত হই।

পূর্ব ইতিহাস ১ঃ—এই শিশুটি এখনও দণ্ডায়মান হইতে বা হাঁটিতে শিখে নাই। জন্মের এক বৎসর পর হইতেই ক্রমান্বয়ে হাত পা সর ও জীর্ণ জীর্ণ হইতে থাকে এবং আহারাদিতে উদাসীন হয়। এতদিন একজন শিশু-চিকিৎসক ও অনেক আয়ুর্বেদ শাস্ত্রে অভিজ্ঞ কবিরা কড়ক শিশুটি চিকিৎসিত হইয়াছিল; কিন্তু কোন উপকার দর্শে নাই।

বর্তমান অবস্থা ১ঃ—শিশুকে নিম্ন অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

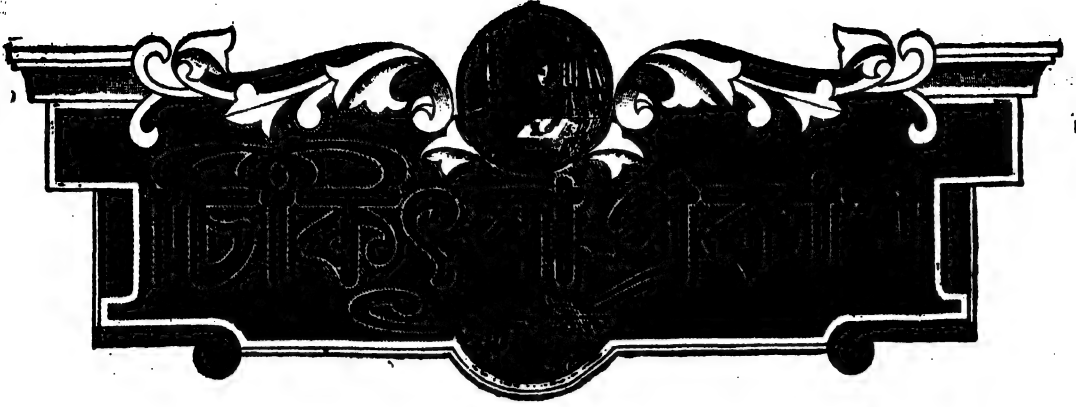
- (ক) নিদ্রাকালে মস্তকে প্রচুর বর্ণ।
- (খ) ১০।১২ দিন অন্তর অতি কষ্টে সামান্য কিছু বাহ্যে হয়। সম্ভবতঃ মলবাহী নাড়ীর মলনিষ্কাশ শক্তি হ্রাস হেতু, মল ক্রিয়দংশ নির্গত হইয়া পুনরায় ঢুকিয়া যায়।
- (গ) হাত পা সর ও লিঙ্গলিকে (পাখীর পায়ের মত), কিন্তু উদর অত্যন্ত বৃহৎ।

ক্রমঃ

Printed by Rasick Lal Pan at the "Gobardhan Press"

And Published by Dharendra Nath Halder.

197 Bowbazar Street, Calcutta.



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয়
মাসিক পত্র ও সমালোচক

২০শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল-অগ্রহায়ণ

৮ম সংখ্যা

বিবিধ

স্ফোটক, কার্বাঙ্কল ও বিস্ফোটকে
ব্যাাক্টেরিওফেজ (*Bacteriophage in
Abscess, Carbuncle and Boils*) :- প্রেস
মেডিক্যাল পত্রে জনৈক চিকিৎসক লিখিয়াছেন--“স্ফোটক,
কার্বাঙ্কল ও বিস্ফোটক আক্রান্ত ১২০টি রোগীকে ২ দিন
ব্যাাক্টেরিওফেজ ইঞ্জেকসন (২ সি, সি, মাত্রায়) দিয়া
শতকরা ৯৫ জন রোগীকে অবিলম্বে আরোগ্য হইতে দেখা
গিয়াছে ।

Press Medicale, 1929. P. 187, A. T. C. 557.
August 1930

তরুণ স্তন প্রদাহে—ব্যাাক্টেরিওফেজ
(*Bacteriophage in Acute mastitis*) :-
পত্রান্তরে জনৈক চিকিৎসক লিখিয়াছেন—“তরুণ
স্তনস্ফোটক ছোকার দ্বারা বিদ্ধ করতঃ, ঐ বিদ্ধ স্থান দিয়া
স্ফোটক গহ্বরে (abscess cavity) ২—৩ সি, সি,
ডাঃ ডেরেলের (Dr. D’Herelles) ব্যাক্টেরিওফেজ
ইঞ্জেকসন করিয়া অনেকগুলি রোগীতে আশ্চর্যজনক
উপকার পাওয়া গিয়াছে ।”

Ibid, 1930, A. T. C. August 1930, p. 247

* “মডার্ন ট্রিটমেন্ট অব কলেরা” (মচিত্র নৃতন কলেরা-চিকিৎসা)
পুস্তকে আধুনিক চিকিৎসা-রূপের অভিনব মহামূল্য আবিষ্কার
“ব্যাাক্টেরিওফেজ” সম্বন্ধে বাবতীর তথ্য বিশদ ও বিস্তৃতভাবে
সম্মিলিত হইয়াছে ।

শক শিবাকরণে এফিড্রিন সাংসফেট
Ephedrine Sulphate in acute
Shock) :- জার্নাল অব আমেরিকান মেডিক্যাল
 এসোসিয়েশন পত্রে উল্লিখিত হইয়াছে “নিউ ইয়র্কের
 সেন্ট লিউকিস হস্পিটালে (St. Lukes Hospital
 of new york) বিবিধ কারণজনিত শক—যে স্থলে
 রোগীর রক্তসঞ্চাপ (blood pressure) হ্রাস; নাড়ী
 (pulse) দুর্বল এবং কেন্দ্রীয় স্নায়ুবিধানের অবসাদ
 (depression of the central nervous System)
 বর্তমান থাকে, সে স্থলে এফিড্রিন সাংসফেট ১৫—৩০
 মিলিগ্রাম ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন দিয়া সন্তোষজনক
 উপকার পাওয়া গিয়াছে। রক্তশ্রাব হেতু শক ও বর্ধীয়
 চিকিৎসা অপেক্ষাও ইহাতে অধিকতর সফল হইতে দেখা
 যায়। ইহা বিষ-ক্রিয়াবিহীন; কেন্দ্রীয় স্নায়ুগুলীর উত্তেজক
 এবং রক্তরোধক হইয়া উপকার করে। ইহার ক্রিয়া
 স্বাভাবিকভাবে প্রকাশ পায়।

Journal of the American Medical
 Association May 3, 1930
 world Tropic, August 1930

রক্তোহ্রস্বতা বা রক্তোহ্রস্রোপ পীড়ায়
ফলপ্রসূ ব্যবস্থা :- যান্ত্রিক বা ক্রিয়াক্রান্তি,
 উভয় কারণজনিত রক্তোহ্রস্রতা বা রক্তোহ্রস্রতা
 (Amenorrhœa) পীড়ায় নিম্নলিখিত ব্যবস্থা ফলপ্রসূ
 বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে। যথা :-

১। Re.

টঃ ফেদি পারক্লোরাইড ...	৩ ড্রাম।
টঃ ক্যালসিয়াম ক্লোরাইড ...	৪ ড্রাম।
টঃ গোয়েকাম ...	২০ মিনিম।
টঃ এলোজ ...	৪ ড্রাম।
সিরাপ ...	৬ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১ টি-স্পুনফুল (১ ড্রাম) মাত্রায়
 প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

Modern Technique in Treatment
 P. M. July 1930, p. 151

সর্পদংশনের ফলপ্রসূ চিকিৎসা
(Successful treatment in Snake-
bite) :- Dr. Eggel লিখিয়াছেন “বহুসংখ্যক
 সর্পদংশিত ব্যক্তিকে নিম্নলিখিতরূপে চিকিৎসা করা
 সন্তোষজনক সফল পাওয়া গিয়াছে। যথা -

“যে স্থানে সর্পে দংশন করিয়াছে, অবিলম্বে সেই স্থান
 চিরিয়া দিয়া, ঐ স্থানে পটাশ পারম্যাঙ্গানেটের চূর্ণ মর্দন
 করিতে হইবে, এই সঙ্গে ২% পারসেট সল্ট সলিউশন
 ২ সি.সি. মাত্রায় ক্ষত স্থানের চতুর্দিকে ইন্জেকশন দিতে
 হইবে। এই সময় ১ ড্রাম পটাশ পারম্যাঙ্গানেট ৫ আউন্স
 জলে মিশ্রিত করিয়া রোগীকে সেবন করান কর্তব্য।

The Ars. Medici p. M. July 1930

মূত্রগ্রস্থির পীড়ায় ক্যালশিয়াম
ক্লোরাইডের প্রয়োগ (Calcium
Chloride in Kidney Disease) :-
 Dr. F. De. Manson M. D. লিখিয়াছেন—“মূত্রগ্রস্থির
 পীড়ায় নিম্নলিখিত কয়েক স্থলে ক্যালশিয়াম প্রয়োগ
 করিয়া যথোচিত উপকার পাওয়া গিয়াছে। যথা :-

(১) মূত্রগ্রস্থির ক্রিয়াবিকার হেতু প্রস্রাবে সবিরাম
 ভাবে এলবুমিন নির্গত হইলে, প্রত্যহ
 ০.৫০ গ্রেন হইতে ১.৫০ গ্রেন মাত্রায় প্রতি
 মাসে ১৫ দিন ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড সেবন
 করিলে সফল হয়।

(২) মূত্রগ্রস্থি প্রদাহ (Nephritis) — যে স্থলে
 প্রস্রাবে এলবুমিন নির্গত হয়, সেই স্থলে
 ০.৫০—১ গ্রেন মাত্রায় ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড
 প্রতিমাসে ১৫ দিন সেব্য।

(৩) তরুণ মূত্র-গ্রস্থি প্রদাহে ০.৫০ গ্রেন মাত্রায় দৈনিক
 অন্ততঃ ১১ গ্রেন ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড সেব্য।
 যে স্থলে প্রবল শোণ বিঘ্নমান থাকে, সে স্থলে
 ইন্ট্রাভেনাস অধিক মাত্রায় প্রয়োগ করা যায়।

(৪) মূত্র-গ্রন্থিপ্রদাহ—যেস্থলে প্রস্রাবের সঙ্গে রক্তস্রাব বর্তমান থাকে, সে স্থলে ১ ও গ্রেণ মাত্রায় ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড ৪।৫ দিন সেবনেই উপকার পাওয়া যায়।

(৫) শোথযুক্ত পুরাতন মূত্রগ্রন্থি প্রদাহে দৈনিক ৪—৬ গ্রেণ মাত্রায় ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড ৫ ১০ দিন সেবনে সুফল পাওয়া যায়। কোন কোন স্থলে ১০—১৫ গ্রেণ মাত্রায় ব্যবহার করা হইয়াছে।

(৬) রক্তপ্রস্রাব (Hematuria); হিমোগ্লোবিনুরিয়া (Haemoglobinuria) এবং পৈত্তিক হিমোগ্লোবিনুরিক ফিভারে (Bilious haemoglobinuric fever) ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড ৪ গ্রেণ মাত্রায় দেব্য।

Blondel l'Hospital et Press Medice.

P M. March 1930 p. 62.

মধ্যকর্ণের তরুণ প্রদাহ (Acute Otitis media) ১—মধ্যকর্ণের তরুণ প্রদাহে নিম্নলিখিত ব্যবস্থাটি ফলপ্রদ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে—

R^o.

কোডেন সালফ	... ১ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট বেলেডোনা	... ১ গ্রেণ।
ফেনাসিটিন	... ২৫ গ্রেণ।
স্ট্রালোল	... ২৫ গ্রেণ।
কুইনাইন সালফ	... ৮ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ৮ মাত্রায় বিভক্ত করতঃ প্রতি

মাত্রা ৩ ঘণ্টার পরে।

ইহাতে যন্ত্রণাজনক উপসর্গগুলি বিলম্বে উপশমিত হয়। প্রতিমাত্রা ক্যাচেট মধ্যে পুরিয়া সেব্য করা কর্তব্য।

King George's Medical College Clinical Society Magazine p M Feb 1930. p 42

মাথার খুস্কি বা মরামাস (Dandruff ১)—অনেকেরই মাথার খুস্কি হইতে দেখা যায়। কেহ কেহ ইহাকে “মরামাস” বলেন। ইহা এক প্রকার চর্মরোগ। খুস্কি স্থায়ী হইলে চুল উঠিয়া যায়। টাক পড়ার একটা বাহ্যিক কারণ—মাথার চর্মের খুস্কি। অনেক সময় ইহা অতি দুর্দম্য হইতে দেখা যায়। কোন উপায়েই খুস্কি হওয়া নিবারিত হয় না। কোন কোন ঔষধে খুস্কি বা মরামাস সাময়িক ভাবে আরোগ্য হইলেও, পুনরায় আবার নূতন করিয়া জন্মে। সম্প্রতি পত্রান্তরে এই পীড়ার একটা স্থায়ী আরোগ্যদায়ক ঔষধ উল্লিখিত হইয়াছে। যথা—

Re.

এসিড সালফিউরাস (টাক্কা)	... ২ আউন্স।
এসিড স্ট্রালিসিলিক	... ৩০ গ্রেণ।
স্পিরিট রেজিফায়েড	... ৪ আউন্স।
জল	... ৮ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া লোসন। এই লোসন প্রথমতঃ প্রত্যহ ৩।৪ বার, পরে ১ বার করিয়া মাথার চর্মে প্রযোজ্য। খুস্কি বা মরামাস উঠা নিবারিত হইলে সপ্তাহে ১-২ বার প্রয়োগ করিতে হইবে। ইহাতে সন্তোষজনক উপকার হইতে দেখা দিয়াছে। উক্ত লোসনে এক টুকরা নেকড়া ভিজাইয়া উহা আক্রান্ত স্থানে আস্তে আস্তে বসিয়া ঔষধ লাগান কর্তব্য।

Australasian Jour. of Pharmacy. M. R. R.

July 1930, p. 304)

বাতে গোল আলুর উপকারিতা (Usefulness of Potato in Rheumatism) ১—সাধারণতঃ সকল গৃহস্থই গোল আলুর খোসা ছাড়াইয়া উহার তরকারী করিয়া খাইয়া থাকেন। কিন্তু এই খোসার ভিতরের দিকে এমন একটা পদার্থ আছে—যাহা অতীব পুষ্টিকর। এই পদার্থ

বধেই ভিটামিন আছে। খোসা ছাড়াইয়া গোল আলু রন্ধন করিলে উহাতে খেতসার ব্যতীত আর কিছুই থাকে না। এই জন্যই অধুনা চিকিৎসকগণের অভিমত এই যে, খোসা সমেৎ গোল আলুর তরকারী রন্ধন করিয়া খাওয়া কর্তব্য। সম্প্রতি আবার পরীক্ষা দ্বারা প্রমাণিত হইয়াছে যে, গোল আলুর খোসার ভিতর দিকে যে পদার্থটি থাকে, উহা কেবল পুষ্টিকর নহে—উহার আরও একটি বিশেষ ক্রিয়া আছে। এই ক্রিয়াটি হইতেছে—ইউরিক এসিড দ্রবকরণ ক্রিয়া অর্থাৎ খোসার ভিতর দিকে যে পদার্থটি আছে, উহা দ্বারা ইউরিক এসিড দ্রবীভূত হইয়া থাকে। শোণিতস্রোতে ইউরিক এসিড সঞ্চালিত হইয়া অস্থি সন্ধিস্থলে সঞ্চিত হইলে বাতরোগের সৃষ্টি হয়। এই

কারণে খোসা সমেৎ গোল আলু সিদ্ধ করিয়া, আলুগুলি ছাঁকিয়া ফেলিয়া ঐ জল খাইলে বাতরোগে বিশেষ সুফল হইয়া থাকে বলিয়া অনেক বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক মত প্রকাশ করিয়াছেন। খোসা সমেৎ গোল আলু জলে সিদ্ধ করিলে খোসার নিম্নস্থ উক্ত পদার্থ নিষ্কাশিত হইয়া জলের সহিত মিশ্রিত হয়, সুতরাং ঐ জল খাইলে তদ্বারা ইউরিক এসিড দ্রব হইয়া যাওয়ায় বাতের উপশম হয়। কেহ কেহ বলেন—খোসা সমেৎ আলু সিদ্ধ করিয়া উহা খাইলেও উপকার হইয়া থাকে।

(Dr. S. B. Mitra B. Sc. M. B.

Member of the State Medical Faculty

(Bengal)



পুরাতন নাসা-সর্দি

Chronic Nasal Catarrh.

লেখক—সার্জেন এইচ, এন, চাটার্জি B. Sc. M. D., D. P. H.

Late of his Majesty's Royal Naval H. T.

and Mercantile marine service—China, Japan, New York, Durban etc.

নাসিকার সর্দি সাধারণতঃ প্রায়ই উপেক্ষিত হইয়া থাকে; অনেকেই ইহার চিকিৎসা করান প্রয়োজনীয় বিবেচনা করেন না। কিন্তু ইহা সাধারণের নিকট সামান্য পীড়া বলিয়া বিবেচিত হইলেও, ইহা যে, অধিকাংশ

হৃৎস্পন্দীয় পীড়ার অগ্রদূত স্বরূপে প্রকাশ পায়, চিকিৎসকগণ তাহা বেশ জানেন। নাসিকার সর্দি বিদূত হইয়া হৃৎস্পন্দ পর্য্যন্ত ব্যাপ্ত হইতে পারে এবং তাহার ফল সাংঘাতিক হইয়া থাকে। সর্দি পুরাতন হইলে ইহা

আরোগ্য করা কষ্টকর হয়। ইহাতে দৈহিক অনিষ্টও সাধিত হইয়া থাকে।

পুরাতন নাসা-সর্দির অপর নাম ক্রনিক-কোরাইজা (Chronic Coryza) বা ক্রনিক-রিনাইটিস (Chronic Rhinitis)। নাসিকাভ্যন্তরস্থ বিধানসমূহের বৈলক্ষণ্য সহবর্তী—নাসারন্ধ্রে ভার ও ক্ষীতি বোধ, নাসারন্ধ্র হইতে অত্যধিক পরিমাণে শ্রাব নিঃসরণ এবং শ্রাব ও প্রবণশক্তির বিকার ইত্যাদি লক্ষণ সংযুক্ত নাসিকা অভ্যন্তরের শ্লেষিক-ঝিল্লীর পুরাতন প্রদাহকে ‘পুরাতন নাসা-সর্দি’ বলা হয়।

কারণ-তত্ত্ব (Aetiology):—‘কোরাইজা’ বা ‘নাসা-সর্দি’ প্রধান কারণ—স্নায়ু-মণ্ডলীর বৈলক্ষণ্য ও দৌর্বল্য। এতদ্বশত: স্নায়ু-মণ্ডলীর উত্তাপ উৎপাদক স্নায়ুকেস্ত্রের বিকৃতি ঘটয়া নাসিকার শ্লেষিকঝিল্লীর শৈত্য সহনশক্তির হ্রাস হওয়ায় সর্দির উৎপত্তি হয়।

পুনঃ পুনঃ তরুণ-সর্দির আক্রমণ জন্ম ও অবশেষে পুরাতন নাসা সর্দি প্রকাশ পাইতে পারে। উপদংশ এবং গণ্ডমালা ধাতু, এই পীড়ার উদ্দীপক কারণ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে।

হৃদপিণ্ড ও ফুসফুসীয় পীড়াক্রান্ত ব্যক্তি এবং মত্তপায়ীদের মধ্যে এই পীড়ার প্রাবল্য অধিক দেখা যায়।

তরুণ নাসা-সর্দি দীর্ঘকাল পর্যন্ত অচিকিৎসিত থাকিলে; নাসারন্ধ্র মধ্যে আগন্তুক পদার্থ প্রবিষ্ট হইয়া তন্মধ্যে ক্ষত বা প্রদাহ উৎপাদন করিলে (এরূপস্থলে শ্রাব একটা নাসারন্ধ্র হইতেই নিঃসৃত হয়); সর্বদা নাসাগহ্বরে ধূলি কণা, ধূম বা দুর্গন্ধ গ্যাস বাষ্প ইত্যাদি প্রবিষ্ট হইলে (শ্রমজীবীদের মধ্যে অধিক দেখা যায়); নাসারন্ধ্রে এডিনয়েড (মাংস-বৃদ্ধি) হইলে; কিম্বা বিবর্জিত টনসিল বা অস্ত্র কোনও কারণবশত: নাসা-ছিদ্র বদ্ধ হইলে পুরাতন প্রকৃতির নাসা-সর্দি পীড়ার উৎপত্তির ইহবার বিশেষ সম্ভাবনা।

লক্ষণ (Symptom):—এই পীড়ায় নাসা-গহ্বরস্থ শ্লেষিক ঝিল্লী স্থূল ও কৃষ্ণাভরক্তবর্ণযুক্ত হয়; আবার কখন কখন ইহা ধূসরাত্ত বর্ণবিশিষ্টও হইয়া থাকে। নাসিকা মধ্যস্থ বাহু শিরা সমূহ প্রসারিত হয়; নিঃসৃত শ্রাব প্রায় গাঢ়, আঠাবৎ ও পীতাভবর্ণ বিশিষ্ট হইতে দেখা যায়; নাসারন্ধ্র মধ্যে অধিক পরিমাণে শুক্কীভূত শ্লেষ্মা সঞ্চিত হয়; নাসাভ্যন্তরে ভার বোধ হয়; নাসাগহ্বরের পশ্চাত্তরন্ধ্র দিয়া গাঢ় শ্লেষ্মা ফেরিংসে গমন করত: কাশি উৎপাদন করে। এই কাশি সাধারণত: প্রাতে নিদ্রাভঙ্গের পর অধিক বৃদ্ধি হয়। শ্রাবশক্তির হ্রাস বা এককালীন লোপ হইতে পারে। নাসারন্ধ্রস্থ প্রদাহ কর্ণনলীতে বিস্তৃত হইলে শ্রবণশক্তির হ্রাস হয় এবং স্বর আত্মনাসিক হয়। এই পীড়ায় সমুখ কপালে বেদনা ও ভারবোধ এবং নাসারন্ধ্রের অবরোধবশত: নাসাপথ দিয়া শ্বাস লইতে কষ্ট হয়।

এই পীড়া আমাদের দেশে কুলী, মজুর, কৃষক, ফেরিওয়ালার এবং বাগান, চা বা পাট কল ও কয়লা খনির মজুরদের মধ্যে বহুল পরিমাণে দেখিতে পাওয়া যায়।

ভাবীফল (Prognosis):—পুরাতন নাসা-সর্দি অতীব কষ্টসাধ্য। নাসারন্ধ্রস্থ সর্দি—ইউস্টেশিয়ান নলী পর্যন্ত বিস্তৃত হইলে বিশেষ আশঙ্কার কারণ হয়। পীড়া দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে, বিশেষতঃ—রুগ শিশুদের ফুসফুস পর্যন্ত ইহা ব্যাপ্ত হইয়া ব্রঙ্কাইটিস, এম্ব্রা প্রভৃতি বিবিধ দুঃসাধ্য পীড়ার সৃষ্টি করিতে পারে।

অনেক স্থলে অচিকিৎসায় থাকায় বা রোগী দীর্ঘকাল চিকিৎসায় বিরক্ত হইয়া রোগী চিকিৎসা বন্ধ করে বলিয়া অধিকাংশ রোগী আরোগ্যলাভ করে না। এই জন্ম অনেকের বিশ্বাস এই রোগ আরোগ্য হয় না।

ইহাতে রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্য ও ধাতু (constitution) ক্রমশ: নষ্ট হইতে থাকে।

চিকিৎসা—Treatment

এই পীড়ার চিকিৎসার নিম্নলিখিত কয়েকটা বিষয়ের প্রতি সর্বাঙ্গে চিকিৎসকের দৃষ্টি আকৃষ্ট হওয়া কর্তব্য।
যথা :—

(ক) রোগীর কোন খাড়াগত কোন যান্ত্রিক পীড়া আছে কিনা? রোগীর ইতিবৃত্ত যত্নপূর্বক অনুসন্ধান করিয়া যদি দেখা যায় যে রোগীর উপদংশ, গণ্ডমালা, টিউবার্কিউলোসিস, ফুসফুস বা হৃদপিণ্ডের কোন পীড়া কিম্বা শুক্র সম্বন্ধীয় কোন পীড়া বা ধাতুদৌৰ্জল্য বর্তমান আছে; তাহা হইলে তৎপ্রতিকারে যত্নবান হওয়া কর্তব্য।

(খ) বাহ্যতে সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি হয়, তাহার ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এতদর্থে পুষ্টিকর পথ্য এবং পরিবর্তক ও বলকারক ঔষধাদি ব্যবস্থেয়।

নাসাসর্দির চিকিৎসা দুই ভাগে বিভক্ত করা যায়।

যথা :—

(১) স্থানিক চিকিৎসা (Local treatment);

(২) আভ্যন্তরিক চিকিৎসা (Internal treatment);

যথাক্রমে এই দুই প্রকার চিকিৎসার বিষয় বলা যাইতেছে—

(১) স্থানিক চিকিৎসা (Local treatment) :—পুরাতন নাসাসর্দির প্রথমাবস্থায় নাসারন্ধ্রে নিম্নলিখিত যে কোন ঔষধের স্প্রে (Spray) দিলে বিশেষ উপকার হয়।

(ক) Re.

সোডি বাইকার্ব	... ১৫ গ্রেণ।
বোরাক্স	... ৫ গ্রেণ।
পরিষ্কৃত জল	... ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া স্প্রে।

(খ) Re.

এসিড কার্বলিক	... ৩ গ্রেণ।
জল	... ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া স্প্রে।

অতি পুরাতন পীড়ায় ১% বা ২% পারসেণ্ট ক্রমিক এসিড নাসারন্ধ্রে তুলি দ্বারা লাগাইলে বিশেষ উপকার হয়।

নাসাগহ্বর সর্জন্য পরিষ্কার রাখিতে উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। এতদর্থে শ্রাজাল সিরিজ দ্বারা নাসারন্ধ্রে যথোপযুক্ত জলে কিঞ্চিৎ টীক্ষার আয়োডিন বা বোরিক এসিড দ্রব করিয়া পিচকারী করতঃ, অতঃপর নিম্নলিখিত ঔষধ-নস্করূপে ব্যবহার করিলে বিশেষ উপকার হয়।

(গ) Re.

আয়োডোফরম	... ১/২ ড্রাম।
ট্যানিক এসিড	... ৩ গ্রেণ।
ক্যান্ডর	... ১/২ ড্রাম।
বিসমাথ সাবনাইট্রাস	... ১/৪ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া ৩৪ ঘণ্টান্তর নস্করূপে ব্যবহার্য।

নাসারন্ধ্রে ধৌত করণার্থ সোডি শ্রালিসিলাস বা কার্বলিক এসিডের ক্ষীণ দ্রব ও উপযোগিতার সহিত ব্যহৃত হয়। এতদর্থে নিম্নলিখিত দ্রব বিশেষ উপকারী।

যথা :—

(ঘ) Re.

এমন ক্লোরাইড	... ৩ ড্রাম।
সোডা বাইকার্ব	... ৪ ড্রাম।
এসিড কার্বলিক	... ১০ মিনিম।
পরিষ্কৃত জল	এ্যাড ১ পাইন্ট।

একত্রে দ্রব করিয়া ব্যবহার্য।

বালকদের পীড়ায় নাসারন্ধ্রে তুলি দ্বারা নিম্নলিখিত ঔষধটা লাগাইলে উপকার হয়।

(ঙ) Re.

নাইট্রেট অব সিলভার	৩-৫ গ্রেণ।
পরিষ্কৃত জল	.. ১ আউন্স।

অথবা -

(চ) Re.

জিঙ্ক অক্সাইড	.. ১ ড্রাম।
গ্লিসারিন	... ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ তাহ ৩/৪ বার নাসারন্ধ্রে
প্রযোজ্য।

(ছ) Re.

অয়েল পাইনি	... ২ ড্রাম।
অয়েল টেরিবিঙ্ক	... ২ ড্রাম।
ক্রিয়োজোট	... ১/২ ড্রাম।
মেস্কল	... ১/২ ড্রাম।
অয়েল সিনামন	... ১০ মিনিম।
অয়েল ইউক্যালিপ্টাস	গ্যাড ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ইহার কয়েক বিন্দু রুমালে বা
তুলায় ঢালিয়া ঘ্রাণ লইলে বিশেষ উপকার হয়। অথবা
এই ঔষধ ১ চা-চামচ পরিমাণ লইয়া ১ পাইন্ট স্কুটিত
উষ্ণ জলে মিশ্রিত করতঃ, উহা হইতে উদ্গত বাষ্প
নাশাপথে পুনঃ পুনঃ গ্রহণ করিলেও বিশেষ উপকার হইয়া
থাকে।

(জ) Re.

সোডা বাই কার্ব	... ১/২ ড্রাম।
সোডা বাইবোরেট	... ১/২ ড্রাম।
গ্লিসারিন	... ২ আউন্স।
লাইকর এণ্টিসেপ্টিকাস্	... ১ আউন্স।
একোয়া	... ৩ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ঈষৎ উষ্ণ করিয়া নাসাভ্যন্তরে
শ্লেষ্মা অথবা ডুগ্লুসে ব্যবহারে আশাতীত উপকার
পাওয়া যায়।

নাসা-সর্দি রোগে কয়েক বিন্দু লেবুর রস নস্যরূপে
ব্যবহার করিলে অনেক স্থলে সমুহ ফল পাওয়া যায়।

কেহ কেহ ক্লোরোফর্ম ও মেস্কল (১ ভাগ মেস্কল ও

২০ ভাগ ক্লোরোফর্ম একত্রে মিশ্রিত করিয়া ইহার কয়েক
বিন্দু রুমালে ঢালিয়া ঘ্রাণ লইবার উপদেশ দেন।

পুরাতন নাসা সর্দিতে ডাক্তার হায়েন নিম্নলিখিত
ব্যবস্থা খানির বিশেষ অনুমোদন করেন। যথা :—

বা Re.

ফেনল (কার্বলিক এসিড)	১ ড্রাম।
লাইকর এমোনিয়া	... ১ ড্রাম।
এলকোহল (৭০%)	... ২ ড্রাম।
একোয়া	৩ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহার কয়েক বিন্দু এক টুকরা
পরিষ্কার ব্লটিং কাগজের উপর লইয়া ঘ্রাণ লইলে বিশেষ
উপকার হয়। এই ঔষধের ঘ্রাণ পুনঃপুনঃ এবং দীর্ঘকাল
পর্যন্ত লওয়া উচিত নহে—তাহাতে শ্রবণেন্দ্রিয়ের পীড়া
উপস্থিত হইতে পারে।

অনেকে এই পীড়ায় ২ বিন্দু মাত্রায় এড্রিনালিন
ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) নস্যরূপে গ্রহণ করিতে
বলেন। নাসাভ্যন্তর পরিষ্কার করিয়া 'এড্রিনালিন' তুলি
দ্বারা নাসারন্ধ্র মধ্যে পেণ্ট করিয়া দিলেও বিশেষ উপকার
হয়।

হাইড্রোজেন পারক্সাইড (মার্ক) কয়েক বিন্দু একটা
ডুপারে করিয়া লইয়া নাসাভ্যন্তরে ঢালিয়া দিয়া টানিয়া
গলাভ্যন্তরে লইলে সমুদ্র উপকার হইয়া থাকে। দিবসে
২/৩ বার ব্যবহার্য।

(ঞ) Re.

মেস্কল	... ৫ গ্রেণ।
ক্যাম্ফর	... ২০ গ্রেণ।
অয়েল ইউক্যালিপ্টাস	.. ১ আউন্স।
পেটোলিয়াম জেলি	... ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ তুলায় করিয়া এই মলম
নাসাভ্যন্তরে লাগাইয়া দিলে বেশ ফল হয়।

নিয়ন্ত্রিত দ্রবী়া দ্বারা নাসাভ্যন্তর প্রত্যহ ২৩ বার
করিয়া পরিষ্কার করিলে বিশেষ উপকার হয়। যথা :—

(ট , Re.

সোডিয়াম ক্রোরাইড	...	৪৫ গ্রেণ।
সোডিয়াম স্যালিসিলাস	...	৪৫ গ্রেণ।
পটাশ ক্রোয়াস	...	২৬ গ্রেণ।
সোডা বাইবোরেটস	...	২৬ গ্রেণ।
গ্লিসারিন	..	১ ড্রাম।
একোয়া	...	৬ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ইহার ২ ড্রাম (১২০ বিন্দু)
—১ আউন্স উষ্ণ জলে মিশাইয়া তদ্বারা নাসারন্ধ্র ধোত ও
নস্য লইলে সুন্দর ফল পাওয়া যায়।

মেম্বল অথবা থাইমলের ক্ষীণ দ্রব দ্বারা প্রত্যহ
২৩ বার নাসাভ্যন্তর ধোত করা ভাল।
গ্লাইকোথাইমোলিন উষ্ণ জলে মিশাইয়া তদ্বারা নাসাভ্যন্তর
পরিষ্কার ও ইহার নস্য গ্রহণ খুবই উপকারী।

আভ্যন্তরিক চিকিৎসা ৪—স্থানিক
চিকিৎসাসহ আভ্যন্তরিক চিকিৎসা করা কর্তব্য। কডলিভার
অয়েল, মন্ট ইত্যাদি সংযুক্ত টনিক ও পরিবর্তক ঔষধ
ব্যবস্থা করিলে সুফল হয়। পার্শ্বতঃ শুষ্ক স্থানে বায়ু
পরিবর্তন জন্ত বাইতে পারিলে সমূহ উপকার হইয়া
থাকে। নতুপনি একেবারেই নিষিদ্ধ।

পুরাতন নাসাগর্দিত্তে নিয়ন্ত্রিত ব্যবস্থা কয়েকটি
বিশেষ ফলপ্রসূরূপে ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

১। Re.

সোডি স্যালিসিলাস	...	১ ড্রাম।
টিং মিক্সোনা	...	১ ড্রাম।
স্পিরিট এমন এরোমেট	...	২ ড্রাম।
টিং ক্যাম্ফর কোঃ	...	২ ড্রাম।
টিং জিঞ্জিবারিস	..	২ ড্রাম।
একোয়া ক্লোরোকর্ম	...	এ্যাড ৬ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ৪ ড্রাম মাত্রায় কিঞ্চিৎ জল সহ
উদয় আহারের মধ্যবর্তী সময়ে, প্রত্যহ ৩৪ বার সেব্য।

২। Re.

কুইনিন্ স্যালিসিলাস	...	২ গ্রেণ।
এসিড আসেনিক	...	১/২০ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট বেলেডোনা	...	১'২০ গ্রেণ।
ক্যাপসিকাম্	...	১'৪ গ্রেণ।
একত্র মিশ্রিত করতঃ ১টি ক্যাপসুলে পুরিয়া হুটী ক্যাপসুল মাত্রায় ১ ঘণ্টান্তর ৩ বার, অতঃপর ৩ ঘণ্টান্তর ১টি করিয়া ক্যাপসুল সেব্য।		

৩। Re.

স্পিরিট ইথার নাইট্রিক	..	১ ড্রাম।
স্পিরিট এমন এরোমেট	..	১ ড্রাম।
একোয়া	...	এ্যাড ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা
২৩ ঘণ্টান্তর সেব্য। ইহা সেবনে নাসাগর্দিত্ত সমূহ
উপকার হইয়া থাকে।

৪। Re.

ক্যাম্ফর	...	১৫ গ্রেণ।
কুইনাইন হাইড্রোক্লোর	...	৪৫ গ্রেণ।
টিং একোনাইট	...	৪০ মিনিম।
টিং বেলেডোনা	...	৪০ মিনিম।
হৃদ্য শর্করা	...	আবশ্যকমত।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১৫ মাত্রায় বিভক্ত করিয়া, এক
এক মাত্রা ১টি ক্যাপসুলে পুরিয়া, এক একটা ক্যাপসুল
২৩ ঘণ্টান্তর সেব্য। কষ্টকর তরুণ লক্ষণাবলী ইহাতে
সম্বর উপশমিত হয়।

৫। Re.

সোডি আয়োডাইড	...	১ ড্রাম।
সিরাপ অরেক্সাই	...	১ আউন্স।
সিরাপ লিমোনিস	...	১ আউন্স।
একোয়া	...	এ্যাড ৬ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১/২ আউন্স মাত্রায় হৃদ্যসহ
প্রত্যহ তিন বার সেব্য।

পথ্যাদি পুষ্টিকর ও লঘুপাচ্য হওয়া উচিত। রোগীর ১/২ তোলা পরিমাণ চাবনপ্রাশ ৮/১০ বিলু মধুসহ সেবন সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতির প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্তব্য। করতঃ এক পেয়ালা টাটকা উষ্ণ দুগ্ধে কিঞ্চিৎ শর্করা দিয়া পান করিলে বিশেষ সুফল হয়। বহু স্থানে ইহাতে দীর্ঘকাল ধৈর্য সহকারে চিকিৎসা করিলে এই পীড়া দিয়া পান করিলে বিশেষ সুফল হয়। বহু স্থানে ইহাতে নিশ্চয়ই আরোগ্য হয়। সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতি এবং ধাতুগত দোষ সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়া রোগীর দেহের এই পীড়ার ধাতুগত দোষ নিবারণার্থ প্রত্যহ প্রাতঃকালে বিশেষ উন্নতি হইতে দেখা গিয়াছে।

ধ্বজভঙ্গ - Impotency.

লেখক ডাঃ—খ্রীস্‌তোফরাস্কুনার মুখোপাধ্যায় এম, বি,

সম্পাদক ইণ্ডিয়ান মেডিক্যাল রেকর্ড

(পূর্ব প্রকাশিত ৭ম সংখ্যার (কার্তিক) ৩২৮ পৃষ্ঠার পর হইতে)

— •):(•):(•)—

(গ) জননেন্দ্রিয়ে আঘাত :—লিঙ্গে আঘাত লাগিলেও সঙ্গম করা যায় না।

(ঘ) মূত্রনালী মধ্যে পাথরী বা মূত্রনালীর স্ট্রিকচার :—মূত্রনালী মধ্যে পাথরী বা প্রাতন গণোরিয়া জনিত স্ট্রিকচার (Stricture) থাকিলেও সঙ্গমে অসুবিধা হয়।

(ঙ) লিঙ্গ-মুণ্ডাবরক চর্ম্মের অবরুদ্ধতা (Phimosis) :—লিঙ্গের অগ্রভাগের চর্ম্ম কাহারও আবদ্ধ থাকে, খোলা যায় না, এরূপ ক্ষেত্রেও সহবাসের অসুবিধা হয়।

(চ) হস্তমৈথুন ও অতিরিক্ত স্ত্রীসহবাস :—বর্তমানে অধিকাংশ লোকেরই প্রধানতঃ এই কারণেই পুরুষত্বহানী বা ধ্বজভঙ্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। অপ্রাপ্ত বয়সে অস্বাভাবিক উপায়ে জননেন্দ্রিয় পরিচালনে গুরুত্ব বা অতিরিক্ত স্ত্রীসহবাসে গুরুত্ব করিলে স্নায়বীয় শক্তি ও কামকেন্দ্রের দৌর্লভ্য উপস্থিত হওয়া অনিবার্য এবং ইহা ধ্বজভঙ্গ উৎপত্তির প্রধান কারণ হইয়া থাকে।

অগ্রহায়ণ—২

আজকাল কোন যুবকেই যৌবনোচিত শক্তি সামর্থ্য সম্পন্ন দেখা যায় না—জননেন্দ্রিয়ের দুর্বলতা, শিথিলতা, ধ্বজভঙ্গ, গুরুত্বস্বকীয় বিবিধ পীড়া, ধাতুদৌর্লভ্য এবং তদানুসঙ্গিক পীড়া যেন আধুনিক যুবকবৃন্দের নিত্য সহচর রূপে পরিণত হইয়াছে। অস্বাভাবিক উপায়ে গুরুত্ব বা অতিরিক্ত স্ত্রীসহবাসই ইহার প্রধান কারণ, তাহাতে কোন সন্দেহ নাই। অধিকাংশ স্থানে ইহাতে স্নায়বীয় দৌর্লভ্য উপস্থিত হইয়া পুরুষত্বহানি উপস্থিত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা (Treatment)

রোগের কারণ অনুসারে পুরুষত্বহানির চিকিৎসা করিতে হইবে।

(১) সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতির ব্যবস্থা :—

সাধারণ স্বাস্থ্যের সহিত সঙ্গম শক্তির যথেষ্ট সম্বন্ধ আছে। এই জন্ত যাহাতে ক্রমশঃ রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্যের উন্নতি হয়, তাহার ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

উন্মুক্ত বায়ুতে সকাল সন্ধ্যায় ভ্রমণ ও নিয়মিত ব্যায়াম উপকারী। অতিরিক্ত মানসিক পরিশ্রমের ফলে পুরুষ

শক্তি হ্রাস হইলে পুরী প্রভৃতির জায় সমুদ্রতীরবর্তী স্থানে বায়ু পরিবর্তনে গেলে উপকার হয়।

পুষ্টিকর সহজপাচ্য খাদ্য—বিশেষতঃ, যে সকল খাদ্যে ভিটামিন আছে, সেগুলি বিশেষ উপকারী।

প্রত্যহ সকালে অল্পরিত (শীঘ্র বাহির হওয়া) ছোলা বা মুগ ভিজান ও সেই সঙ্গে কয়েক টুকরা আদা খাওয়া বিশেষ হিতকর।

ঢেঁকি-ছাটা চাউলের ভাত ও জাতার আটার রুটি বা নুচি খাইতে দিলে ভাল হয়।

ভরকারীর মধ্যে টাটকা শাক সব্জী খাওয়া উচিত। ছুশ, শি, মাখন, মাছ, মাংস, ডিম উপকারী। সাধ্যমত কমলালেবু, পাতিলেবু, বাতাবিলেবু, আঙ্গুর, কলা প্রভৃতি ফল স্বাস্থ্যের পক্ষে বিশেষ হিতকর।

(২) মানসিক চিকিৎসা :—রোগীর মন

বাহাতে প্রবৃত্ত থাকে, তাহার ব্যবস্থা করা কর্তব্য। “পীড়া আরোগ্য হইবেই” এই বিশ্বাস বাহাতে রোগীর মনে বদ্ধমূল হয়, তাহার চেষ্টা করা উচিত। রোগীর মনের দৌর্বল্য সর্বত্র প্রবর্তিত হইবে। অতিরিক্ত অধ্যয়ন বা মানসিক পরিশ্রম বর্জন করা কর্তব্য।

(৩) স্থানিক চিকিৎসা :—হিজড়া বা বাহাদের জননেত্রিয় জন্মাবধি বিকলাঙ্গ, সেরূপ রোগীর চিকিৎসা করিয়া কোন ফল লাভ হইতে পারে না।

লিঙ্গের সম্মুখের চর্ম খোলা না গেলে অর্থাৎ মুদ্রা বর্তমান থাকিলে (phimosis) অস্ত্রোপচার করিয়া উক্ত চর্ম কাটয়া ফেলা উচিত।

একশিরা বা কোরও বৃহদাকার হইয়া সঙ্গমে বাধা হইলে অস্ত্রোপচার দ্বারা একশিরা বা কোরওের চিকিৎসা করিতে হইবে।

রোগীর হস্তবৈপুন অভ্যাস থাকিলে তাহা বন্ধ করা সর্বত্র আবশ্যক। যোনির বাহিরে বীৰ্য ত্যাগ (Coitus intenuptus) অভ্যাস থাকিলে তাহাও ত্যাগ করা উচিত।

(৪) রোগের কারণের চিকিৎসা :—

অনেক পীড়া বশতঃ পরম্পরিতভাবে পুরুষহানি হইতে পারে। সুতরাং এইরূপ কোন পীড়া থাকিলে তাহার প্রতিকার করা কর্তব্য।

রোগীর উপদংশের ইতিহাস থাকিলে শিরায়ণে নিওস্যালাভার্সন অথবা চর্মনিরে সালফাসেনল ইঞ্জেকশন দেওয়া কর্তব্য। এই সঙ্গে লাইকর অনন্তমূল এট্ সালসা কম্পাউণ্ড (Liquor Anantamul et Sarsa Co.) ১ ড্রাম মাত্রায় প্রত্যহ দুইবার করিয়া কিম্বা ট্রিপল আর্সিনেট উইথ নিউক্লিন (এবট্ এণ্ড কোং) বা ফেরি নিউক্লিনেট কয়েকদিন সেবনে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

কমুত্র, মূত্রগ্রহি প্রদাহ, বাত প্রভৃতি থাকিলে উহার যথোচিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করা আবশ্যক।

(৫) দুর্বল কামকেন্দ্র ও অন্তঃরসপ্রাপ্তি

গ্রন্থিগুলির পুষ্টি বিধান :—পুরুষহানি রোগে উত্তেজক ঔষধ দিলে পুরুষাঙ্গ সাময়িক উত্তেজিত হয় বটে, কিন্তু ইহার পর পুনরায় ইহার অবসাদ আসে রুগ্ন খোড়াকে চাবুক মারিয়া ছুটাইতে গেলে যেমন অনিষ্ট হয়, সেইরূপ দুর্বল কামকেন্দ্রকে অনর্থক উত্তেজিত করিয়া কোন লাভ নাই। উপরন্তু তাহাতে সমূহ অপকারই হইয়া থাকে।

এক্ষেত্রে এরূপ ঔষধ ব্যবহার করা উচিত যাহা স্নায়ুবিধান ও অন্তঃরসপ্রাপ্তি গ্রন্থিগুলির পুষ্টি সাধন ও ক্ষয় নিবারণ করিয়া রোগের মূল কারণ দূর করিতে পারে। কামকেন্দ্র কর্মক্ষম হইলে পুরুষ শক্তি পুনরায় ফিরিয়া আসিবে।

* লেখক প্রণীত “গ্রন্থি-রসতত্ত্ব (এণ্ডোক্রিনোলজি) পুস্তকে দেহের বাহ্যিক অন্তঃরসপ্রাপ্তি গ্রন্থি সমূহের বাহ্যিক বিবরণ, ইহাদের বিকৃতি বশতঃ বাহ্যিক পীড়া, ঔষধ রূপে গ্রন্থির ব্যবহার প্রভৃতি সমস্ত জ্ঞাতব্য ওষধি সম্বন্ধে বহু চিত্রসহ বর্ণিত হইয়াছে। হানাদে এই পুস্তকের বিজ্ঞাপন দেখুন।

এইবার আমরা এই পীড়ার ঔষধীয় চিকিৎসার আলোচনা করিব।

স্থানিক প্রযোজ্য ঔষধ (Local application):—জননেদ্রিয়ার স্নায়বীয় ও পৈশিক শক্তি উন্নত করণার্থ এবং পরস্পরিতরূপে দুর্বল স্নায়ুবিধান ও কামকেন্দ্রকে স বল করণার্থ অনেক ঔষধ জননেদ্রিয়ে মালিশ করিবার ব্যবস্থা দেখা যায়। স্নায়ুপোষক, স্নায়বীয় বলকারক এবং কামকেন্দ্রের শক্তি বৃদ্ধিকারক ঔষধ সেবনের সঙ্গে নিম্নলিখিত ঔষধ দুইটির যে কোনটি স্থানিক ব্যবহারে উপকার পাওয়া যায়।

(১) অয়েল সিনোলিস (Oil Sinolis):—ঋজুভঙ্গ, জননেদ্রিয়ার দুর্বলতা, খর্বতা এবং বক্রতায় এই তৈল জননেদ্রিয়ে মালিশ করিলে উপকার পাওয়া যায়। এতদ্বারা জননেদ্রিয়ার স্নায়বিক ও পৈশিক শক্তির উৎকর্ষ হয় এবং ইহা শোষিত হইয়া কামকেন্দ্র ও স্নায়ু বিধানের শক্তি বর্দ্ধিত করে।

(২) এক্রোডিটিক লিম্ফ (Aphroditic Lymph):—জন্মের অণুকুস্থম, মস্তিষ্ক ও মেরুশঙ্ক হইতে ইহা প্রস্তুত হয়। ইহার সহিত আরও কয়েকটি ঔষধ সংমিশ্রিত আছে। ইহা লিঙ্গমুণ্ডে লিঙ্গমুণ্ডাবরক চর্মের ভিতর দিকে প্রয়োগ করিয়া অঙ্গুলী দ্বারা ধীরে ধীরে মর্দন করিলে শোষিত হইয়া ক্রিয়া প্রকাশ করে। এইরূপে ইহা স্থানিক প্রয়োগ করিলে এতদ্বারা জননেদ্রিয়ার পেশী ও স্নায়ুসমূহ স বল ও পরিপুষ্ট হইয়া ঋজুভঙ্গ ও জননেদ্রিয়ার দুর্বলতা দূরীভূত হয়। এতদ্বারা ইহা শোষিত হইয়া কামকেন্দ্রকে স বল এবং অণ্ডের কার্য্যকরী শক্তি বর্দ্ধিত করে।

ব্যবহার প্রণালী:—প্রিপিউস (Prepuce) অর্থাৎ লিঙ্গমুণ্ডাবরক স্বক্ উন্টাইয়া তদভ্যন্তর সাবান বা বোরিক লোশন (কার্বলিক বা হাইড্রার্ক্স পারক্লোর লোশন বা কার্বলিক সাবান ব্যবহার নিষিদ্ধ) দ্বারা বেশ করিয়া ধোত ও পরিষ্কার করতঃ তত্‌পরি পাঁচ ফোঁটা লম্ফ ফোঁটা ফোঁটা

করিয়া ঢালিয়া, প্রিপিউস যথাভাবে ন্যস্ত করিয়া, অঙ্গুলী দ্বারা উহার উপর ধীরে ধীরে মর্দন করিতে হইবে। এইরূপে শীঘ্র উহা এই স্থানের মিউকাস মেম্ব্রেন (মৈদ্রিক ঝিল্লীর) দ্বারা শোষিত হইয়া ক্রিয়া প্রকাশ করিবে। যাহাদের প্রিপিউস ছেদিত, তাহারা লিঙ্গমুণ্ড উক্ত প্রকারে পরিষ্কার করিয়া তত্‌পরি ইহা প্রয়োগ করিবেন।

প্রত্যেক দিন ইহা এইরূপ ভাবে ২১ বার করিয়া প্রযোজ্য। প্রত্যেক দিন ২১ ফোঁটা করিয়া মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ ৫ ফোঁটা মাত্রায় প্রযুক্ত হইলে, পুনরায় মাত্রা হ্রাস করা কর্তব্য।

আভ্যন্তরিক প্রযোজ্য ঔষধ (Internal medication):—পুরুষত্বহানি রোগের বহু সংখ্যক দেবনীয় ঔষধ প্রচারিত হইয়াছে। অনেক দেশীয় ও বিদেশীয় ঔষধও বাজারে দেখা যায়। সব ঔষধের ফলাফল পরীক্ষা করিয়া দেখা সহজসাধ্য বা সম্ভব হইতে পারে না। এই শ্রেণীর অগণিত ঔষধের মধ্যে যে কয়েকটি ঔষধ প্রকৃত উপকারী বলিয়া বুঝিতে পারা গিয়াছে; এগুলে তাহাদের বিষয়ই উল্লিখিত হইল।

(১) লেসিথিন (Lecithi):—ডিম্ব কুস্থম (Yolk) হইতে ইহা পাওয়া যায়। ইহার মধ্যে ফসফরাস ও নাইট্রোজেন আছে। বিভিন্ন মোকারের লেসিথিন ট্যাবলেট আকারে পাওয়া যায়। ইহাদের মধ্যে E. Merck এর লেসিথিন উৎকৃষ্ট বলিয়া বিবেচিত হয়। ইহা একটা উৎকৃষ্ট স্নায়বীয় বলকারক ঔষধ। স্নায়ু বিধানের উৎকর্ষ সাধন করিয়া পুরুষত্বহানি রোগে উপকার করে। মাত্রা ১—২ গ্রেন। প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

(২) অর্কিটেসি সেরোণা (Orchitase serono):—ইহা একটা ইটালিয়ান ঔষধ। ইটালির সুবিখ্যাত জাতীয় ঔষধ প্রস্তুত কারক Naziolele Medico Farmacologico ইনষ্টিটিউটের প্রস্তুত।

ইহা জন্মের অণ্ডগ্রন্থি (testis) হইতে প্রস্তুত। ইহার ১ সি, সি, পরিমাণ—১ টি অণ্ডের অন্তর্মুখী রসের সমান।

অণুগ্রহি হইতে ইহা একরূপ প্রক্রিয়ায় প্রস্তুত হইয়াছে যে, ইহাতে অণুর অন্তর্মুখীরসের কার্য্যকরী উপাদান—স্পার্মিন (Spermin) পূর্ণ মাত্রায় বিদ্যমান থাকে।

অর্কাইটেসি সেরোনো জননেঞ্জিরের স্নায়ু ও পেশী সমূহের উপর বলকারক ও পোষক ক্রিয়া প্রকাশ করে বলিয়া উহার কার্য্যকরী শক্তি বর্দ্ধিত হয় এবং অণুগ্রহির উপর বিশেষরূপে পোষক ও বলকারক ক্রিয়া প্রকাশ করায় অণু হইতে যথোচিত পরিমাণে বিত্ত্ব গুত্র ও অন্তর্মুখীর রস নিঃসৃত হইয়া থাকে। এই হেতু ইহা গুত্র সম্বন্ধীয় সমুদয় পীড়া, অণুকোষের দুর্বলতা ও উহার ক্রিয়াবিকৃতি এবং জননেঞ্জিরের পৈশিক ও স্নায়বিক শক্তি হ্রাস বশতঃ জননেঞ্জিরের দুর্বলতা ও শিথিলতা, এবং ধ্বজভঙ্গ পীড়ায় অতীব উপকারী। ইহা মুখপথে ও হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ করা হয়।

ব্যবহার-প্রণালী (Method of use) :—

অর্কাইটেসি সেরোনা দুই প্রকারে প্রয়োগ করা যায়। যথা :—

(ক) মুখ পথে (Oral administration) ;

(খ) হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে (Hypodermically) ;

(ক) মুখপথে প্রয়োগ :—মুখপথে ইহা ১০—২০ ফোঁটা মাত্রায় কিঞ্চিৎ জলসহ প্রত্যহ ২৩ বার সেব্য। আহারের পর সেবন করা কর্তব্য। ক্রমশঃ মাত্রা কিঞ্চিৎ বর্দ্ধিত করিয়া ১ ড্রাম পর্য্যন্ত প্রয়োগ করা উচিত।

(খ) হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ :—১ সি, সি, মাত্রায় নিতম্ব প্রদেশের চর্মে ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য। প্রত্যহ একবার করিয়া ইঞ্জেকসন বিধেয়।

(৩) এলিক্সার ফস্ফেরিগা কম্পাউণ্ড Elixir phospherina Co.) :— ইহা একটা স্নায়বীয়

বলকারক ঔষধ। স্নায়ুশক্তির বলবিধান করিয়া ধ্বজভঙ্গ ও জননেঞ্জিরের দুর্বলতায় ইহা উপকার করে। ইহা ৩—৫ ফোঁটা মাত্রায় জল সহ সেব্য। মাত্রা ক্রমশঃ বর্দ্ধি করিয়া ২০—২৫ ফোঁটা পর্য্যন্ত ব্যবহার্য্য। প্রত্যহ তিনবার সেবন করা কর্তব্য।

(৪) কনফেক্টিও অশ্বগন্ধা এট্ অর্কিক কম্পাউণ্ড (Confectio Aswagandha et Orchio Co.) :—ইহাতে অণুগ্রহির অন্তঃরস (testicular hormone) এবং অশ্বগন্ধা, শতমূলী, তালমূলী, ভূমিকুন্ডাণ্ড, সাগম মিশ্রী, প্রভৃতি স্নায়ুপোষক ঔষধ আছে। এতদ্বির ইহাতে অল্প মাত্রায় ডামিয়ানা, আলকুশী বীজ এবং ফল্ফরাস থাকায় স্নায়ুক্ষানের উপর ইহা উৎকৃষ্ট পরিপোষক ও বলকারক ক্রিয়া প্রকাশ করে।

এই ঔষধটি দুর্বল স্নায়ু ও কামকেন্দ্রকে পরিপুষ্ট এবং কামকেন্দ্রের শক্তি বর্দ্ধি করায় ধ্বজভঙ্গ রোগে বিশেষ উপকার করে। সকল রোগীকেই ইহা দেওয়া যায় এবং যতদূর ইচ্ছা সেবন করা চলে। ইহা এক চা চামচ (১ ড্রাম) মাত্রায় ঔষদ্রব্য দুধ বা জলের সহিত সেবন করিতে হয়।

যদি রোগীর থাইরয়েড গ্রন্থির রোগ থাকে বলিয়া বুঝা যায়, তাহা হইলে এই ঔষধের সহিত থাইরয়েড মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা কর্তব্য।

এতদর্থে নিম্নলিখিত ব্যবস্থা ফলপ্রসূরূপে ব্যবহৃত হয়। যথা—

Re.

কনফেক্টিও অশ্বগন্ধা এট্ অর্কিক কোঃ ১ ড্রাম।

একট্রাষ্ট থাইরয়েড ... ১ ড্রাম।

সিরাপ রোজ ... ১/২ ড্রাম।

জল ... মোট ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

কনফেক্সিও অংশগন্ধা এটু অর্কিক কোঃ সেবনের সঙ্গে সঙ্গে রোগীকে সপ্তাহে দুই দিন অর্কিক সাবট্যান্স (Orchic substance) ১ সি, সি, মাত্রায় অধঃস্থচিক ইঞ্জেক্সন দিলে এবং অয়েল সিনোলিস বা এস্ট্রোডিটিক লিফ্‌স্ট্যানিক প্রয়োগ করিলে সত্ত্বর বিশেষ ফল পাওয়া যায়।

(৫) টেস্টোভিরিলিন (Testovirilin) :— ইহার প্রতি এস্পুলে টেস্টিকিউলার হরমোন (Testicular hormone), ইয়োহিম্বিন (১/২ গ্রেন) (Yohimbin gr 1/2) ও স্ট্রিকনি (১/১০০ গ্রেন) (Strychnine) থাকে। একটা এস্পুলের ঔষধ সপ্তাহে দুই বার চর্ম্ব নিয়ে ইঞ্জেক্সন দিতে হয়।

টেস্টোভিরিলিনে অণুকোষের অন্তঃরস আছে; এজন্য ইহা গ্রন্থি সংযোজনের (Gland transplantaion) ত্রায় কাজ করে। রোগীর অণুগ্রন্থির অন্তঃরসের অভাব ইহাতে পূর্ণ হয়। ইহাতে অল্প মাত্রায় স্ট্রিকনিন থাকায় ইহা টনিকের কাজ করে। ইয়োহিম্বিন মেরুদণ্ড মধ্যস্থ কামকেসকে উত্তেজিত এবং লিঙ্গের রক্তনলী মধ্যে রক্তবৃদ্ধি করিয়া উহাকে কর্মক্ষম করে।

দ্রষ্টব্যঃ—টেস্টোভিরিলিন প্রথমই ইঞ্জেক্সন করা উচিত নয়। ইহা ইঞ্জেক্সনের পূর্বে অন্ততঃ দুই সপ্তাহ কাল কনফেক্সিও অংশগন্ধা এটু অর্কিক কিসা পূর্বোক্ত কোন ঔষধীয় বলকারক ঔষধ সেবন করা কর্তব্য।

ঋতুপ্রদর--Leucorrhœa.

লেখক—ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাশ M.B., M. C. P. & S (c. p. s.)
M. R. I. P. H. (Eng.)

—•:† * †:—•—

আমাদের দেশের স্ত্রীলোকদের মধ্যে এই পীড়ার প্রাবল্য অত্যন্ত অধিক দেখা যায়। যুবতীরা এই পীড়ার অধিক বশবর্তী। ইহা অত্যন্ত নোংরা পীড়া। ইহা যেমন কষ্টদায়ক, তেমনি ক্ষয়জনক। ইহাতে ক্রমশঃ রোগিণীর হৃদয় রক্তশূন্যতা ও বিবিধ ক্ষয়কারী পীড়া উপস্থিত হইয়া স্বাস্থ্য ভগ্ন হয়। দেহ রক্তশূন্য, পাণ্ডুর, শীর্ণ ও দুর্বল হয় ইহাতে আর্ন্তব ও জরায়ু সম্বন্ধীয় বিবিধ রোগের সৃষ্টি হইয়া থাকে। এমন কি জরায়ুর “ক্যান্সার” বা কর্কটিকা পীড়া পর্যন্ত হইতে পারে। ঋতুপ্রদরগ্রস্ত নারীর গর্ভ সঞ্চারণ হয় না। ইহার কারণ এই যে, ঋতুপ্রদরের শ্রাব ক্রুরধর্ম বিশিষ্ট; পুরুষের শুক্র শুক্র-কীটাপু সমূহ উক্ত ক্ষার শ্রাবে মুহূর্তমাত্রও জীবিত

থাকিতে পারে না, কাজেই গর্ভ সঞ্চারণ হইতে পারে না। অন্যদিকে যে সকল স্ত্রীলোককে বক্ষ্যা বলিয়া অভিহিত করা হয়, অমুসন্ধান করিলে জানা যায় যে, তাহাদের অনেকেরই ঋতুপ্রদর পীড়া আছে এবং সেই জন্যই তাহারা গর্ভ ধারণ করিতে অক্ষম। এইরূপ কত নিরপরাধিনী স্ত্রীকে তাহাদের স্বামীরা বক্ষ্যা বলিয়া ত্যাগ করিয়া যে পুনরায় দার পরিগ্রহ করিয়া থাকেন—তাহার ইয়ত্তা নাই। অথচ নিয়মিত স্ফটিকিৎসায় এই পীড়া সম্যকরূপে আরোগ্য এবং পুনরায় রোগিণী সন্তানের জননী হইতে পারে। ঋতুপ্রদর পীড়াকে উপেক্ষা করা উচিত নহে; প্রথম হইতেই ইহার স্ফটিকিৎসা হওয়া উচিত, নচেৎ আশঙ্করূপ ফল পাওয়া যায় না। পীড়া

পুরাতন হইলে কষ্টসাধ্য এবং হৃদয় প্রকৃতির হয় ; তখন ঐষ্য সহকারে দীর্ঘকাল চিকিৎসার আবশ্যক হইয়া থাকে । অনেকের বিশ্বাস ইহা ছরারোগ্য পীড়া ; ঔষধীয় চিকিৎসায় ইহা আরোগ্য হয় না, কিন্তু ইহা ভ্রান্ত ধারণা । ঐষ্য সহকারে চিকিৎসা করিলে অতি জটিল ও পুরাতন ষ্বেতপ্রদরও সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়া যায় ; তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই । অনেকে ইহা অচিকিৎস্য ব্যাধি মনে করিয়া ‘মাতুলী’ ‘কবচ’ ইত্যাদি ধারণ করিতে উপদেশ দেন । ইহাতে তো রোগ আরোগ্য হয়ই না— পরন্তু বৃথা অর্থ নষ্ট ও মন কষ্ট হয় মাত্র । পাশ্চাত্য বিজ্ঞানের মুক্ত জ্ঞানালোকে এক্ষণে আমরা বুঝিতে পারিয়াছি যে, স্বেচিকিৎসায় এই জটিল ও ছরারোগ্য স্ত্রী-রোগ সুন্দররূপে আরোগ্য হইতে পারে । এমন কি ১০.১১ বৎসরের পুরাতন ‘ষ্বেত-প্রদর’ ও চিকিৎসায় সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইতে এবং সম্ভাবনাতীত হইবার আশায় নিরাশ হইয়া যে নারী হুঃখে ও মর্ষ বয়সায় কালান্তিপাত করিতেছিলেন, তাঁহাকে পুনরায় মাতৃত্বের পরিপূর্ণতায় গৌরবান্বিতা ও বহু সম্ভানের মাতা হইতে দেখা গিয়াছে ।

স্ত্রী-জননযন্ত্র সকলের শৈল্পিক ঝিল্লীর অংশ বিশেষ হইতে শৈল্পিক আব বা পূঁয়বৎ রস বা ক্লেদ নিঃসৃত হইলে তাহাকে ষ্বেতপ্রদর বলা হয় । ইহাকে ইংরাজীতে ‘লিউকোরিয়া’ (Leucorrhœa) বলে ।

ষ্বেতপ্রদর একত পক্ষে একটা স্বতন্ত্র পীড়া নহে । ইহা স্ত্রী-জননেন্দ্রিয় সম্বন্ধীয় বিবিধ পীড়ার লক্ষণরূপে প্রকাশ পাইয়া থাকে ; অর্থাৎ ভগ, যোনি, জরায়ু ও ভিষ নলীর বিবিধ পীড়ায় ইহা লক্ষণরূপে দেখা দেয় ।

প্রকার ভেদ (Variation) :—পীড়িত অংশের নাম ভেদে ষ্বেত প্রদরকে নিম্নলিখিত কয়েক প্রকারে বিভক্ত করা হইয়াছে । যথা :—

(১) ভাগ্ভার লিউকোরিয়া (Vulvar leucorrhœa) বা ভগ সম্বন্ধীয় ষ্বেতপ্রদর ।

(২) ভেজাইন্যাল লিউকোরিয়া (Vaginal leucorrhœa) বা যোনি-মধ্যস্থ ষ্বেতপ্রদর ।

(৩) ইন্ট্রা-ইউটেরাইন্ লিউকোরিয়া (Intra-uterine leucorrhœa) বা জরায়ু মধ্যস্থ ষ্বেতপ্রদর ।

(৪) টিউব্যাল লিউকোরিয়া (Tubal leucorrhœa) বা ভিষ-নলী সম্বন্ধীয় ষ্বেতপ্রদর ।

যথাক্রমে এই চারি প্রকারের ষ্বেতপ্রদরের বিষয় বলা যাইতেছে ।

এই ষ্বেতপ্রদরের চিকিৎসা সম্বন্ধে ২টা বিষয়ের প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখা কর্তব্য ।

(১ম) এই পীড়া শৈল্পিক ঝিল্লীর প্রদাহ বশতঃ উৎপন্ন হয়, সুতরাং ইহার উপযুক্ত স্থানিক চিকিৎসার আবশ্যক ।

(২য়) এই পীড়ার উপসর্গরূপে সাধারণ স্বাস্থ্যের ঐক্যলক্ষ্য অথবা স্থানিক উত্তেজনা বর্তমান থাকিতে পারে, সুতরাং তাহাদের উপযুক্ত চিকিৎসার আবশ্যক ।

(১) ভাগ্ভার-লিউকোরিয়া বা ভগ সম্বন্ধীয় ষ্বেতপ্রদর :—ইহাতে কেবল ভগোষ্ঠ মধ্যস্থ শৈল্পিক-ঝিল্লী আক্রান্ত হয় । ইহাতে আঠাবৎ চট্‌চটে রস বা আব নিঃসৃত হইয়া—ভগোষ্ঠ বা যোনি-কপাটের গাত্রে সঞ্চিত হয় এবং এই আব বা রস ঘনীভূত হইয়া উভয় ভগোষ্ঠের ধার সংলগ্ন করে ।

বিবিধ কারণে ইহা উৎপন্ন হইতে পারে । ক্রফিউলা বা গণ্ডমালা ধাতু বিশিষ্ট রোগীর দৈহিক শীর্ণতা পরিকার পরিচ্ছন্নতার অভাব—বিশেষতঃ, জননেন্দ্রিয়ার পরিচ্ছন্নতার শৈথিল্য, ঠাণ্ডা লাগা, জননেন্দ্রিয়ে পরাক্রপুষ্ট জীবাণুর সংক্রমণ, প্রমেহ (গণোরিয়া), হস্তবৈধুন, অস্বাভাবিক বৈধুন (মাধার কাটা, মোমবাতি ইত্যাদির সাহায্যে) ইত্যাদি বশতঃ স্থানিক উত্তেজনা বা প্রদাহ এই পীড়ার অত্যন্ত কারণ । এতদ্বিধি বিবিধ কারণে

যোনী-কপাটের প্রদাহ উপস্থিত হইয়া এই পীড়ার সৃষ্টি করে।

এই প্রকার শ্বেতপ্রদর অধিকাংশ ক্ষেত্রেই বালিকা এবং কিশোরীদের মধ্যেই বেশী দেখা যায় যুবতীদের মধ্যেও ইহা বিরল নহে। এই রোগ যোনী কপাটের ও উহার গ্রন্থি সমূহের প্রদাহবশতঃ অথবা ভগোটের রক্তাবেগ, শোধ ও ক্ষতবশতঃ উপস্থিত হইয়া থাকে। গর্ভসঞ্চার, মাসিক ঋতু, পুনঃ পুনঃ সহবাসজনিত যোনী কপাটের উত্তেজনাধিক্য প্রভৃতি কারণে উহাতে রক্তাবেগ বা শোধ উপস্থিত হইতে পারে এবং ঘর্ষণ, ম্যুপাস, উগ্রতাজনক ক্রন্দ সংলগ্ন প্রভৃতি বশতঃ ভগোটের গ্নৈয়িক ঝিল্লী ছিন্ন হইয়াও এই পীড়া হইবার সম্ভাবনা।

(২) ভেজাইন্যাল্ লিউকোরিয়া

বা যোনী মধ্যস্থ শ্বেতপ্রদর :—যোনীপথের গ্নৈয়িক ঝিল্লী প্রদাহিত হইয়া এই পীড়ার উৎপত্তি হয়। ইহাতে শ্লেষ্মাবৎ, অস্বচ্ছ, শ্বেতবর্ণ অত্যন্ত কটু ক্রন্দ বা শ্রাব নিঃসৃত হইয়া থাকে। এই শ্রাব অত্যন্ত অগ্নগুণ বিশিষ্ট। যোনীপথের গ্নৈয়িক ঝিল্লীর প্রদাহের তারতম্য ভেদে স্থানিক চিহ্নাদি প্রকাশ পায়।

এই প্রকার শ্বেত প্রদরে বেদনা ও যন্ত্রণা বোধ ; যোনী মধ্যে উষ্ণতা ও সঙ্কোচন ভাব বোধ ; মূত্রমার্গে উত্তেজনা ; পুনঃ পুনঃ মূত্রত্যাগ ; মূত্র ত্যাগকালীন যন্ত্রণা বোধ ; যোনীর উপরিভাগে—যন্ত্রণা ও চুলকানী এবং পীড়ার প্রথমাবস্থায় বর্ণহীন শ্রাব—পরে পীড়া পুরাতন হইলে পূঁরবৎ শ্লেষ্মা বা শ্রাব নিঃসৃত হয়। কখন কখন যোনী ক্ষীত, বেদনায়ুক্ত এবং তৎসহ গ্নৈয়িক ঝিল্লী ঘোর লোহিত বর্ণ ও প্রদাহিত হয়।

প্রমেহ হইতে এই পীড়াকে পৃথক করা একটু কঠিন। এতদর্থে রোগিণীর স্বামীর স্বভাব চরিত্রের অনুসন্ধান করা কর্তব্য। অনেকের বিশ্বাস শ্বেতপ্রদর এক প্রকার স্ত্রী-গণোরিয়া কিন্তু ইহা সম্পূর্ণ ভুল।

গণোরিয়া ও শ্বেতপ্রদর—উভয়ই পৃথক পীড়া। অনেক স্ত্রীরোগ বিশেষজ্ঞের মতে শ্বেতপ্রদর স্পর্শক্রমক পীড়া। এই জন্তই শ্বেতপ্রদরযুক্ত স্ত্রী সহবাস করিলে, পুরুষের মূত্রমার্গ হইতে ক্রন্দ বা শ্রাব নিঃসৃত হইতে দেখা যায় এবং লিঙ্গ মুণ্ডাবরক স্বকে ক্ষত উৎপাদিত হয়।

জরায়ু মধ্যস্থ শ্বেত প্রদরের সহিত ইহার প্রভেদ এই যে ইহাতে জরায়ু মুখে প্রদাহ ও জরায়ু-গ্রীবা বা জরায়ু মুখ হইতে শ্রাব নিঃসৃত হয় না। ইহার শ্রাব কেবলমাত্র যোনী পথ হইতেই নির্গত হয়। ইহার নিঃসৃত ক্রন্দ বা শ্রাব অধিকতর তরল ও অগ্নগুণ বিশিষ্ট এবং ঋতুর পূর্বে বা পরে এই প্রকার শ্বেতপ্রদরের বৃদ্ধি হইতে দেখা যায় না। ইহাতে জরায়ু আক্রান্ত এবং রোগিণীর সাধারণ স্বাস্থ্যের কোনও ক্ষতি হয় না। প্রমেহ রোগের শ্রাব আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায়, তন্মধ্যে প্রচুর পরিমাণে গণোরিয়া রোগের উৎপাদক জীবাণু “গণোককাস্” বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। শ্বেতপ্রদরের শ্রাব পরীক্ষায়, তন্মধ্যে ‘গণোককাস্’ দেখিতে পাওয়া যায় না। সাধারণ স্বাস্থ্যের বৈলক্ষণ্য বশতঃ স্বাভাবিক নিঃসরণের ব্যাঘাত হইলে এই শ্রেণীর পীড়া উৎপন্ন হয়। অসম্পূর্ণ, অস্বাভাবিক বা অতিরিক্ত রতি সংসর্গ ; যোনি ও তল্লিকটবর্তী অগ্নাগ্ন যন্ত্রের উত্তেজনা, যোনী মধ্যে বাহ্য পদার্থের প্রবেশ ; পুরুষ সংসর্গে অত্যধিক অত্যাচার বা অস্বাভাবিক ভাবে রমন প্রভৃতি কারণেও এই পীড়া উপস্থিত হইয়া থাকে :

বর্তমানে অনেক যুবক জন্ম সংরোধ (Birth control) উদ্দেশ্যে অসম্পূর্ণ স্ত্রী-সংসর্গ করিয়া থাকেন অর্থাৎ রতিক্রিয়ায় শেষভাগে যোনি অভ্যন্তরে শুক্র স্থলিত না করিয়া, উহা যোনির বাহিরে স্থলন করেন। ইহা যুবতীদের যোনী সম্বন্ধীয় শ্বেতপ্রদরের একটা অগ্নতম কারণ বলিয়া নির্ণীত হইয়াছে। এইরূপ অভ্যাস সর্বতোভাবে ত্যাগ করা উচিত।

(৩) ইন্ট্রা-ইউটেরাইন্ লিউকোরিয়া বা জরায়ুমধ্যস্থ শ্বেত প্রদর :— এই প্রকারের শ্বেত প্রদরকে হই ভাগে বিভক্ত করা যাইতে পারে। যথা :—

(ক) এণ্ডোসারভিসাইটিস্ (Endocervicitis)
অর্থাৎ জরায়ু গ্রীবাস্থ শ্বেত প্রদর।

(খ) এণ্ডোমেট্রাইটিস্ (Endometritis)
অর্থাৎ জরায়ুর গাত্রমধ্যস্থ গ্লেট্রিক বিল্লী সমূহের প্রদাহজনিত শ্বেত প্রদর।

যথাক্রমে এই দুই প্রকার শ্বেত প্রদরের বিষয় বলা যাইতেছে।

(ক) এণ্ডোসারভিসাইটিস্ বা জরায়ু গ্রীবাস্থ শ্বেত প্রদর :—সার্ভিক্স অর্থাৎ জরায়ু-গ্রীবার প্রদাহজনিত শ্বেত প্রদরকে এণ্ডোসারভিসাইটিস বলে।

ইহাতে আঠাবৎ চট্‌চটে, প্লেগমাস বা অণুলালাবৎ শ্রাব নিঃসৃত হয়। এই শ্রাব অস্বাভাবিক পরিমাণে সর্বদাই নিঃসৃত হইয়া থাকে। কখন কখন ইহা পূর্ববৎ পীত বা পীতাত বর্ণ বিশিষ্ট হইতে দেখা যায়।

অণুাণু লক্ষণ :—জরায়ু-গ্রীবা (cervix) ক্ষীত ও প্রদাহযুক্ত হয় কখন কখন গ্রীবাদেশে ছোট ছোট অর্কুদণ্ড বর্তমান থাকিতে পারে। স্পেকুলাম নামক যন্ত্র দ্বারা যোনিপথ বিস্তৃত করতঃ পরীক্ষা করিলে, জরায়ু-গ্রীবায় প্লেগমাস পর্দা বা ক্ষতবৎ বিল্লী দৃষ্ট হয় এবং সামান্য সঞ্চাপেই উহা হইতে অল্প রক্তশ্রাব হইতে পারে।

এই প্রকার শ্বেত প্রদরের সহিত রজোহাধিক (মেনোরেজিয়া) বা কষ্টরজঃ (ডিসমেনোরিয়া) পীড়ার লক্ষণাবলীসহ কোমর এবং উরুদেশে বেদনা বর্তমান থাকিতে দেখা যায়।

অনেক সময়ে ক্যান্সার বা কর্কটিকা পীড়ার সহিত এই প্রকারের শ্বেত প্রদর বর্তমান থাকে। আবার অনেকের মতে এই প্রকারের শ্বেত প্রদর হইবার পর—সার্ভিক্স বা জরায়ু-গ্রীবার ক্যান্সার পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে।

সাধারণতঃ ‘ক্যান্সার’ পীড়া ৪০ বৎসরের নিম্ন বয়স্কদের হয় না। কিন্তু জরায়ু গ্রীবার ক্যান্সার রোগ ২৫।২৬ বৎসর বয়স্কা যুবতীদের মধ্যেও হইতে দেখা যায়। ‘ক্যান্সার’ হইলে উহা স্পর্শনে শক্ত ও ভঙ্গুর অনুভূত হয় এবং স্পর্শনেই উহা হইতেই রক্তশ্রাব হইতে থাকে। জরায়ু-গ্রীবার ক্যান্সারে - প্রায়ই নিঃসৃত শ্রাবে রক্ত মিশ্রিত থাকে। জরায়ু-গ্রীবা কিঞ্চিৎ চাঁচিয়া লইয়া (Scraping) উহা অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, তন্মধ্যে ক্যান্সার পীড়ার উৎপাদক জীবাণু বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। শ্বেত প্রদর সহ জরায়ু-গ্রীবায় ক্ষত এবং রক্ত মিশ্রিত শ্রাব ও তৎসহ জরায়ুর আড়ষ্ট ভাব এবং রোগিণীর প্রবল রক্তহীনতা সহ শীর্ণতা ও দৌর্বল্য বর্তমান থাকিলে—জরায়ু গ্রীবার ক্যান্সার হইয়াছে বলিয়া সন্দেহ করা যায়।

(খ) এণ্ডোমেট্রাইটিস্ বা জরায়ুর অভ্যন্তর গাত্রস্থ বিল্লী সমূহের প্রদাহজনিত শ্বেত প্রদর :—
জরায়ু মধ্যস্থ লাইনিং মেম্ব্রেন্ সমূহ প্রদাহিত হইয়া এই প্রকারের শ্বেত প্রদর উৎপাদিত হয়।

ইহাতে রোগিণী শয্যা হইতে উঠিয়া বসিলে অথবা চলিয়া হাঁটয়া বেড়াইলে, প্রবল বেগে প্রচুর পরিমাণে শ্রাব নিঃসৃত হইয়া থাকে। বয়স্কা স্ত্রীলোকদের এই পীড়া হইলে, নিঃসৃত শ্রাব রক্তমিশ্রিত হয়।

এণ্ডোমেট্রাইটিস্ (জরায়ু মধ্যস্থ বিল্লী সমূহের প্রদাহ) সহ প্রায়ই রজোহাধিক এবং কষ্টরজঃ পীড়া বর্তমান থাকে ও তৎসহ বস্তিকোটরের অসোয়াস্তি ও বেদনা বিद्यমান থাকিতে দেখা যায়। রোগিণীর সাধারণ স্বাস্থ্যও বিশেষভাবে ক্ষুণ্ণ হয়। আভ্যন্তরিক পরীক্ষায়—জরায়ু বিবর্দ্ধিত ; জরায়ু-গ্রীবা ক্ষীত এবং প্রদাহিত দৃষ্ট হয়। রোগিণীর ইতিহাস আলোচনা করিলে কখন কখন বন্ধ্যাত্ব বা পুনঃ পুনঃ গর্ভপাতের ইতিহাস পাওয়া যায়। ক্যান্সার পীড়ার সহিত ইহার ভ্রম হইতে পারে। স্তত্রাং ক্যান্সার রোগের লক্ষণাবলীর সহিত ইহার তুলনা করিয়া—এই পীড়াকে ক্যান্সার হইতে পৃথক করা কঠব্য।

ইহাতে যে শ্রাব নিঃসৃত হয়, উহা জরায়ুর মধ্য হইতে নির্গত হইয়া থাকে এবং নিঃসৃত শ্রাব জলবৎ তরল বা প্লেয়া বিশিষ্ট হইতে পারে। এই ক্লেদ অস্বচ্ছ, এবং কখন কখন পুঁজ সংযুক্ত হইতে পারে।

এইরূপ পীড়ায় শ্রাবের পরিমাণ সাধারণতঃ অধিক হয় এবং উহা শ্বেতবর্ণ ও গন্ধবিহীন। সাধারণতঃ মাসিক ঋতুর পূর্বে, ঋতুকালে বা পরে শ্রাব বৃদ্ধি পায়। কটাদেশে বেদনা, শীর্ণতা, অত্যন্ত দৌর্বল্য এবং তলপেটে ভার অনুভূত হয়। যোনি শিথিল হয়, জরায়ু স্থানচ্যুত হইয়া নিয়গামী হইতে পারে; জরায়ু-গ্রীবা ক্ষীণ ও গ্রীবার অভ্যন্তর রক্তবর্ণ এবং উহাতে রক্তাধিক্যের লক্ষণ সমূহ পরিলক্ষিত হইয়া থাকে। ক্ষুধামান্দ্য বা সম্পূর্ণরূপে ক্ষুধার লোপ, কোষ্ঠবদ্ধতা, আত্মিক উগ্রতা, পৃষ্ঠ দণ্ডের উত্তেজনা, হৃদস্পন্দন ও বিবিধ স্নায়বীয় দৌর্বল্যের লক্ষণ প্রকাশ পায়।

এণ্ডোসার্তিসাইটিস্ এবং এণ্ডোমেট্রাইটিস্, এই উভয় প্রকারের শ্বেতপ্রদরেই নিঃসৃত শ্রাব ক্ষার গুণবিশিষ্ট হয়। সাধারণতঃ শ্বেতপ্রদরের শ্রাব অল্পগুণ বিশিষ্ট হইয়া থাকে। কিন্তু এই প্রকারের শ্বেতপ্রদরের শ্রাবে ইহার ব্যতিক্রম দেখা যায়। এই জন্ত কখন কখন এই প্রকার শ্রাবযুক্ত রোগিণীর গর্ভ স্ফার হইতেও পারে।

কারণ :—এণ্ডোসার্তিসাইটিস্ এবং এণ্ডোমেট্রাইটিস্ জনিত শ্বেতপ্রদরের কারণ একই প্রকার। ইহাদের কারণকে দুই ভাগে বিভক্ত করা যায়। যথা :

(a) জীবাণু-সংক্রামণ (Infection);

(b) জরায়ুর রক্তাবেগ (Congestion on the uterus)

(a) জীবাণু সংক্রামণ :—গণোকক্কাস, ডিফথেরিয়া

ব্যাঙ্গিলাস, কোলিফর্ম এবং অন্যান্য বিবিধ সেপ্টিক জীবাণুর সংক্রামণে, এই শ্রেণীর শ্বেতপ্রদরের উৎপত্তি হয়। এই সংক্রামণ ক্রমশঃ জরায়ুর উর্দ্ধদেশে বিস্তৃত হইয়া থাকে। প্রসবের পর বা গর্ভপাতের পর কোনও বস্তু জরায়ু মধ্যে রহিয়া গিয়া কিবা উপযুক্তরূপে সংশোধিত না করাইয়া কোনও যন্ত্র যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইলে, বিবিধ জীবাণু সংক্রমিত হইয়া এই প্রকারের শ্বেত প্রদর উৎপাদিত হইতে পারে।

(b) জরায়ুর রক্তাবেগ :—জরায়ুর স্থানচ্যুত, অর্ধদ্রুত, জরায়ুতে আঘাত লাগিয়া বা অন্য কোনও কারণ বশতঃ উহা ছিন্ন হওন, বা অথবা অধিক সময়ব্যাপী অতিরিক্ত রতিক্রিয়া, অসম্পূর্ণ বা অস্বাভাবিক মৈথুন, কোষ্ঠবদ্ধতা; হৃদপিণ্ড, ফুসফুস এবং মূত্রগ্রন্থির পীড়া; বৃদ্ধ বয়স; জরায়ু-মুখ ও জরায়ু-গ্রীবার প্রদাহ, জরায়ুর দৌর্বল্য, ঋতুরোধ, গর্ভপাত, পুনঃ পুনঃ গর্ভ স্ফার, জরায়ু গ্রীবার রক্তসংগ্রহ ইত্যাদি এই শ্রেণীর শ্বেতপ্রদরের কারণ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে।

(৪) টিউব্যাল্ লিউকোরিয়া বা ডিম্বনলী সম্বন্ধীয় শ্বেতপ্রদর :—ইহাতে সাধারণতঃ পুঁজযুক্ত শ্রাব নিঃসৃত হয়। কখন কখন প্লেয়ায়ম বা জলবৎ তরল শ্রাব নির্গত হইতেও দেখা যায়।

এই শ্রাব প্রথমতঃ ডিম্বনলী (ফ্যালোপিয়ান্ টিউব) মধ্যে সংগৃহীত হয় ও নলীকে প্রসারিত করে; পরে ইহা ডিম্বনলীপথে জরায়ু মধ্যে নিঃসৃত হয়। ডিম্বনলী মধ্যে শ্রাবাদি সংগ্রহ কালে ও নলী হইতে শ্রাব নির্গমন কালে বেদনা ও যন্ত্রণা উপস্থিত হয়। কিন্তু ক্লেদাদি নিঃসৃত হইয়া গেলে বেদনার উপশম হইয়া থাকে।

(ক্রমশঃ)

জ্বর—Fever.

লেখক—ডাঃ ত্রিবিভূতিভূষণ চক্রবর্তী M. B.

কলিকাতা ।

(পূর্ব প্রকাশিত ২৩শ বর্ষের (১৩৩৭) ৭ম সংখ্যার (কার্তিক) ৩৫৪ পৃষ্ঠার পর হইতে)

— : (*) : —

টাইফয়েড ফিভার—Typhoid Fever.

(৮) ফুস্ফুসীয় উপসর্গ :—অনেক স্থলে পীড়ার সূত্রপাত হইতেই রোগীর কাশি হইতে দেখা যায়। ফুস্ফুস পরীক্ষায় ফুস্ফুসের উর্দ্ধাংশে ব্রাইটিসের লক্ষণ পাওয়া যায়। ক্রমশঃ লক্ষণ সমূহ বর্ধিত হয় এবং সমুদয় ফুস্ফুসই আক্রান্ত হইয়া থাকে। পীড়া গুরুতর হইলে নিউমোনিয়ার লক্ষণ উপস্থিত হয়।

(৯) কোষ্ঠবদ্ধ (Constipation) :—অনেক স্থলে প্রথমাবস্থায় কয়েকদিন রোগীর কোষ্ঠবদ্ধ থাকিতে পারে।

(১০) উদরাময় (Diarrhoea) :—অধিকাংশ স্থলে প্রথম সপ্তাহের শেষে উদরাময় উপস্থিত হইতে দেখা যায়। অব্যবহিত বশতঃ কোষ্ঠবদ্ধ দূরীকরণার্থ বিরুদ্ধ ঔষধ প্রয়োগের ফলে, ইহার পূর্বেও উদরাময়ের উৎপত্তি হইতে পারে। এতদ্বির পথ্যাদির দোষেও উদরাময় দেখা দেয়। কিন্তু এই পীড়ায় অল্পে যে প্রদাহোৎপত্তি ও ক্ষত হইয়া থাকে, তৎবশতঃ রতঃই উদরাময়ের উদ্ভব হয় এবং এই উপসর্গ—এই পীড়ার একটি চরিত্রগত বিশিষ্ট লক্ষণ। ইহাতে মলের ও বিশেষ প্রকৃতি দেখা যায়। যথা—

(ক) মলের প্রকৃতি (Character of Typhoid stool) :—প্রাথমিক কোষ্ঠবদ্ধতার পরই

প্রথমতঃ দৈনিক ২১ বার অর্ধতরল দুর্গন্ধ মলত্যাগ হয়; ক্রমশঃ মলত্যাগের সংখ্যা এবং মলের পরিমাণ বৃদ্ধি হইতে থাকে। টাইফয়েড রোগীর মলের বিশেষ প্রকৃতি দৃষ্ট হয়। সাধারণতঃ মলের বর্ণ রক্তন করা মটর ডালের কোলের (Pea-soup) ভায় হরিদ্রাবর্ণ তরল এবং অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত হইয়া থাকে। মলের প্রতিক্রিয়া ক্ষারধর্ম বিশিষ্ট (Alkaline) এবং উহা এমোনিয়ার গন্ধযুক্ত হয়। মল কোম পাত্রে রাখিয়া দিলে উহার উপরিভাগে পরিষ্কার অণু লালবৎ তরল এবং নিম্নদেশে এপিথেলিয়াল সেল খাটকণা, রক্তকণিকা, শ্লাফ প্রভৃতি তলানি দেখা যায়। অল্প হইতে রক্তস্রাব হইলে, রক্তস্রাবের তারতম্য অনুসারে মলের বর্ণ পরিবর্তিত হইতে পারে। ঔষধ সেবনের ফলেও মলের বর্ণ পরিবর্তন হইতে দেখা যায়। বিসমাথ বাটত ঔষধ সেবনে মল কৃষ্ণবর্ণ এবং রক্তস্রাব বশতঃ মলের বর্ণ দীপৎ বা গাঢ় রক্তবর্ণ হইলে (Brown) কিম্বা কৃষ্ণবর্ণ হয়। দুর্দম্য উদরাময়ের ফল সাংঘাতিক হইতে দেখা যায়।

(১১) প্রস্রাব (Urine) :—অত্যন্ত জ্বরের ভায় ইহাতেও প্রস্রাবের আপেক্ষিক গুরুত্ব (Specific gravity) বৃদ্ধি পায়। টাইফয়েড ফিভারের রোগীর প্রস্রাবে ইউরিয়া এবং ইউরিক এসিডের অত্যধিক বৃদ্ধি এবং সোডিয়াম ক্রোরাইডের পরিমাণ হ্রাস হইতে দেখা যায়। পীড়া কঠিন হইলে প্রস্রাবে এলুমিনিয় নির্গত হয়।

কোন কোন স্থলে তরুণ মূত্রগ্রহি প্রদাহের (acute nephritis) বা পায়েলাইটিসের (Pyelitis) লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে। পায়েলাইটিস হইলে মূত্রাবরোধ (Retention of urine) হইতে দেখা যায়। টাইফয়েড রোগীর মুখে টাইফয়েড ব্যাসিলাস পাওয়া যায়; ইহাই এই পীড়াক্রান্ত রোগীর প্রজ্ঞাবের বিশেষত্ব।

(১২) উদরের অস্বাভাবিক স্পর্শানুভূতি ও বেদনা (Abdominal tenderness and pain) :—টাইফয়েড রোগীর উদরের অস্বাভাবিক স্পর্শানুভূতি একটা বিশিষ্ট লক্ষণ। ইহার সহিত বেদনা বর্তমান থাকিতে পারে বা নাও থাকিতে পারে। সাধারণতঃ সমুদয় উদরে—কোন কোন স্থলে দক্ষিণ দিকের নিম্ন উদরে অস্বাভাবিক স্পর্শানুভূতি লক্ষিত হয়। পেটে হাত দিলে রোগী আঁৎকাইয়া উঠে—বেদনা বোধ করে। প্রথম হইতে যে কোন অবস্থায় এই লক্ষণ উপস্থিত হইতে পারে। যে সকল রোগীর উদরায়ম বর্তমান থাকে, তাহাদের এই লক্ষণের প্রাবল্য দেখা যায় এবং ক্রমশঃ এই প্রবলতা বৃদ্ধি হইতে থাকে।

অধিকাংশ স্থলে মলত্যাগের সময় উদরের বেদনা বেশী হয় অথবা সর্বদাই শূলবৎ (Colic) বেদনা বর্তমান থাকে। অসহনীয় উদর বেদনাসহ উদরের অস্বাভাবিক স্পর্শানুভূতি (tenderness), প্রসারণতা (distention) ও সটানতা বা কাঠিল (rigidity) লক্ষিত হয়। কিন্তু কোন কোন স্থলে ইহার ব্যতিক্রমও দেখা যায়। অধিকাংশস্থলেই ইলিয়াক ফসাতে চাপা দিলে বেদনা বোধ হয় ও গড়্‌গড় শব্দ পাওয়া যায়।

(১৩) উদরাগ্নান—পেটফাঁপা (Tympanitis) :—পেটফাঁপা টাইফয়েড ফিভারের একটা চরিত্রগত লক্ষণ না হইলেও অধিকাংশ স্থলেই এই লক্ষণটি উপস্থিত হইতে দেখা যায়। বিশেষতঃ অরীয় পীড়ার প্রারম্ভে উদরাগ্নান সহ উদরের প্রসারণ, এবং দক্ষিণ ইলিয়াক ফসায় চাপা দিলে (right iliac fossa) বুজ্‌, বুজ্‌ বা গড়্‌গড় শব্দ

(gurgling) পাওয়া গেলে টাইফয়েড ফিভার সন্দেহ করা যাইতে পারে। টাইফয়েড ফিভারে অস্ত্রের শক্তি অনেকাংশে হ্রাস বা আংশিক ভাবে উহার পক্ষাঘাত (Paresis) হইয়া থাকে, সুতরাং এই অবস্থায় অস্ত্র প্রাচীরের পৈশিক আবরণ হইতে যে প্রাধানিক স্রাব (Inflammatory exudate) নিঃসৃত হয়, উহা উৎসেচিত হইয়া উদরাগ্নানের উৎপত্তি করে। এতদ্ভিন্ন অযোগ্য পথ্য প্রদান ও গুত্রাবার ব্যতিক্রম, ইত্যাদিও উদরাগ্নান উৎপত্তির অন্ততম কারণ।

অত্যধিক পেটফাঁপার পরিণাম অতীব সাংঘাতিক। অনেক স্থলে অস্ত্রে রক্তস্রাব বা অস্ত্র ছিদ্র হইলে সহসা সাংঘাতিক প্রকারের উদরাগ্নান ও তৎসহ উদরের প্রসারণ উপস্থিত হয়। অত্যধিক উদরাগ্নানে খাসকষ্ট এবং শ্বাসরোধ ও হৃদপিণ্ডের ক্রিয়ালোপ (heart failure) হইতে পারে।

(১৪) প্লীহা (Spleen) :—টাইফয়েড ফিভারে প্লীহার বিবৃদ্ধি খুবই সাধারণ। পীড়ার সূত্রপাত হইতেই প্লীহা বর্দ্ধিত হইতে থাকে; কিন্তু প্রথম সপ্তাহের শেষ কিংবা ২য় সপ্তাহের প্রথমে ভিন্ন হস্ত সংস্পর্শে প্লীহার বিবৃদ্ধি অসুহৃত হয় না।

(১৫) শিরঃপীড়া (Headache) :—অধিকাংশ রোগীরই পীড়ার সূত্রপাত হইতেই শিরঃপীড়া উপস্থিত হইতে দেখা যায়। শিরঃপীড়া কেবল টাইফয়েড জরে নহে—সব রকম জরেই প্রায় ইহা দেখা যায়। কিন্তু টাইফয়েড জরে যে শিরঃপীড়া উপস্থিত হয়, তাহার কথঞ্চিত বিশেষত্ব আছে। ইহা প্রায় সমুখ কপালে শূলনী বা সূচীবিদ্ধবৎ বেদনার সহিত প্রকাশ পায় এবং প্রথম সপ্তাহ হইতে ২য় সপ্তাহের প্রথম ২১ দিন পর্যন্ত বর্তমান থাকে। অধিকাংশ স্থলে দ্বিতীয় সপ্তাহে প্রায় শিরঃপীড়া থাকে না। কিন্তু যদি শিরঃপীড়া বরাবর বর্তমান থাকে কিংবা দ্বিতীয় সপ্তাহের শেষে উহা বর্দ্ধিত হয়, তাহা হইলে মেনিঞ্জাইটিস বা অন্ত কোন মাক্রুফেয় উপসর্গ উপস্থিতির সম্ভাবনা জ্ঞাতব্য।

স্বিদান তত্ত্ব (Pathology) :—টাইফয়েড

কিভাবে মৃত ব্যক্তির দেহ ব্যবচ্ছেদে নিম্নলিখিত অবস্থা দৃষ্ট হয়। বলা বাহুল্য, পীড়ার বিভিন্নাবস্থায় এই সকল মৃত দৈহিক অবস্থার তারতম্য লক্ষিত হইয়া থাকে।

(১) অন্ত্র (Intestine) :—

প্রথম সপ্তাহে—

(ক) ইলিয়াম (*Ilium*) :—ইলিয়াম ক্ষীত ও উহাতে রক্তাধিক্য (Swelling and Hyperemia) দৃষ্ট হয়।

(খ) পেরাস' প্যাচ (*Peyer's patch*) ও সলিটারি ফলিকলস (*Solitary follicles*) :—ইহার রক্তাধিক্যযুক্ত, প্রদাহিত, ক্ষীত ও বর্ধিত হয়। ক্রমশঃ পেরাস' প্যাচ সমূহ দৃঢ়, কঠিন এবং ইহা বর্ধিত হইয়া অন্ত্রের শ্লৈষিক ঝিল্লীর উপর উঠ হইয়া উঠে। এই সময়ে উহার রক্তাধিক্য হ্রাস হইয়া উহা শ্বেতবর্ণ ধারণ করে।

২য় সপ্তাহে—

অন্ত্রে রক্ত সঞ্চালনের ব্যতিক্রম বশতঃ নিম্নলিখিত পরিবর্তন উপস্থিত হয়। বলা—

(ক) লিম্ফয়েড টিস্যু (*Lymphoid Tissue*) :—অন্ত্রস্থ লিম্ফয়েড টিস্যু সমূহের অপকর্ষতা এবং উহার ধ্বংসাবস্থা দৃষ্ট হয়।

(খ) মিউকাস মেম্ব্রেন (শ্লৈষিক ঝিল্লী—*Mucous membrane*) :—অন্ত্রস্থ শ্লৈষিক ঝিল্লী প্রদাহিত হইয়া ক্রমে উহা ছিন্ন ও ক্ষতযুক্ত দেখায়।

(গ) পেরাস' প্যাচ (*Peyer's patch*) :—পেরাস' প্যাচ ক্ষয়প্রাপ্ত ও ক্ষতযুক্ত এবং উহাতে শ্লাক দৃষ্ট হয়।

(ঘ) ক্ষত (*Ulceration*) :—সাধারণতঃ অন্ত্রের ইলিয়াম প্রদেশের নিম্নাংশে এক বা ততোধিক ক্ষত দৃষ্ট হয়। কখন কখন ইলিয়ামের উর্দ্ধাংশে এবং বৃহদন্ত্রেও এক বা একাধিক ক্ষত দেখা যায়। ক্ষত ক্রমশঃ বর্ধিত ও শ্লাকযুক্ত হয়।

(ঙ) অগ্রে ছিদ্র হওয়া (*Perforation*) :—অন্ত্রস্থ ক্ষত গভীর ও বিস্তৃত হইয়া অগ্রে ছিদ্র হইয়া যায়। অন্ত্রের যে কোন ক্ষত স্থানেই ছিদ্র হইতে পারে। ইলিয়ামের নিম্নাংশেই সাধারণতঃ ছিদ্র হইতে দেখা যায়। ছিদ্র প্রায় চক্রাকার হয়। অগ্রে ছিদ্র হওয়ায় অন্ত্রে রক্তস্রাব হইয়া থাকে। পেরিটোনিয়াম আক্রান্ত ও শ্লাক বিস্তৃত হইয়া নানা আকারের ক্ষত হয়।

৩য় সপ্তাহে—

(ক) ক্ষত (*Ulceration*) :—ক্ষত আরোগ্যাবস্থাপন্ন দেখা যায়।

(২) মেসেন্টেরিক গ্যাণ্ড (*Mesenteric glands*) :—ক্ষত অন্ত্রের মেসেন্টেরিক গ্যাণ্ড সমূহ প্রথমে রক্তাধিক্যযুক্ত হইয়া ক্রমশঃ উহারা ক্ষীত হয়। উহাতে নিক্রোসিসের (*Necrosis*) চিহ্ন বর্তমান থাকে। প্রথমে এই সকল গ্রন্থি প্রদাহযুক্ত হইয়া পরিশেষে উহারা কোমল, পূর্ণপূর্ণ ও বিদীর্ণ হয়।

(৩) বৃহদন্ত্র (*Large intestine*) :—বৃহদন্ত্রের শ্লৈষিক ঝিল্লী প্রথমে রক্তাধিক্যযুক্ত, পরে কোমল এবং উহাতে ক্ষত হইতে দেখা যায়। কখন কখন সিকাম এবং উর্দ্ধগামী কোলনের সলিটারি ফলিকলসমূহে ক্ষত দৃষ্ট হয়। এই ক্ষত গভীর ও বিস্তৃত এবং উহার তলদেশ ক্ষয়প্রাপ্ত হইয়া পেরিটোনিয়াল গহ্বরে বিদীর্ণ হইতে পারে।

(৪) স্প্লিন (*Spleen*) :—স্প্লিন বর্ধিত কোমল ও কৃষ্ণবর্ণ দৃষ্ট হয়। কোন কোন স্থলে স্প্লিনের মধ্যে অস্থল, পীতভ শ্বেতবর্ণ পদার্থ দেখা যায়। কখন কখন স্প্লিন বিদীর্ণ অবস্থায় দেখিতে পাওয়া যায়। এরূপ স্থলে সাংঘাতিক রক্তস্রাব হইয়া থাকে।

(৫) যকৃত (*Liver*) :—পীড়ার প্রথমে যকৃতে রক্তাধিক্য, ক্ষীতি ও উহার বর্ণ মলিন (*pale*) দেখায়। ক্রমশঃ উহার শূল্যগর্ত অপকর্ষতা (*focal degeneration*)

দৃষ্ট হয়। অণুবীক্ষণ দ্বারা পরীক্ষা করিলে বকুনের সেল (কোষ) সমূহ দানাদার (granulated) ও চর্কিপূর্ণ দেখা যায়।

(৬) পিত্তকোষ (Gall bladder) :—

টাইফয়েড ব্যাসিলাস প্রথমতঃই পিত্তকোষে নীত হয় এবং দীর্ঘ সময় পর্যন্ত এই স্থানে অবস্থিতি করে। এই হেতু পীড়ার প্রারম্ভেই পিত্তকোষ প্রদাহিত ও ক্ষতযুক্ত হয়। এবং তৎপরে দক্ষিণ উদরের উর্দ্ধাংশে বেদনা অনুভূত হইয়া থাকে।

(৭) মূত্রগ্রন্থি (Kidney) : মূত্রগ্রন্থির বর্ণ ধূসর; উহা রক্তাধিক্যগ্রস্ত ও ক্ষীত হয়। ইহার কনভলিউটেড টিবিউল সমূহের দানাদার অপকর্ষতা লক্ষিত হয়। এপিথেলিয়াম দ্বারা মূত্রনিঃসারক নলী সমূহের মুখ আবরক হইতে পারে।

(৮) হৃদপিণ্ড ও রক্ত প্রণালী (Heart and Blood-vessels) :—হৃদাবরক বিস্তারিত অপকর্ষতা, কোন কোন স্থলে এণ্ডোকার্ডাইটিস বা এণ্ডোকার্ডাইটিসের চিহ্ন দেখা যায়। অধিকাংশস্থলে হৃদপিণ্ডের পেশীর কোমলতা, ঈষৎ ক্ষীতি এবং উহা কৃষ্ণাভ পীতবর্ণ বিশিষ্ট দেখা যায়।

রক্ত প্রণালী সমূহের বিশেষ পরিবর্তন দেখা যায় না। কোন কোন স্থলে স্থান বিশেষের ধমনীতে প্রদাহ দেখা যায়।

(৯) শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্র (Respiratory System) :—শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্র সম্বন্ধীয় উপসর্গের বিস্তারিততা অনুসারে উহাদের বিশিষ্ট চিহ্নাদি দৃষ্ট হয়।

(১০) রক্তস্রাব (Hæmorrhage) :—রক্তস্রাবের পর রোগীর মৃত্যু হইলে অস্ত্রে প্রচুর পরিমাণে সঞ্চিত তরল রক্ত দেখা যায়। রক্তস্রাবী নলী সমূহের মুখ দেখা যায় না। অনেক সময় রক্ত নিরেও রক্তস্রাবের চিহ্ন লক্ষিত হইয়া থাকে।

টাইফয়েড ফিভারের উপসর্গ Complication in Typhoid fever.

টাইফয়েড ফিভারে নিম্নলিখিত উপসর্গ সমূহ উপস্থিত হইতে পারে। যথা :—

- (১) ইরাপ্‌সন (Eruption) ;
- (২) ইরিথেমা (Erythema) ;
- (৩) স্যুডামিনা (Sudamina) ;
- (৪) হার্পিস (Herpes) ;
- (৫) পারপুয়া (Purpura) ;
- (৬) ইরিসিপেলাস (Erysipelas) ;
- (৭) ইম্পেটাইগো (Impetigo) ;
- ফারাক্সিউলোসিস (Furunculosis) ;
- কার্বাঙ্কুল (Carbuncle), স্ফোটক (Abscess) :—সাধারণতঃ রোগান্ত দৌর্বল্যাবস্থায় এই সকল উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়।
- (৮) শয্যাক্ত (Bed-Sore) ;
- (৯) কর্ণমূল গ্রন্থির প্রদাহ (Inflammation of the Parotid gland) ;
- (১০) ফ্যারিংজাইটিস (Pharyngitis) ;
- (১১) উদরাময় (Diarrhœa) ;

(১২) আন্ত্রিক রক্তস্রাব (Intestinal hæmorrhage) : অনেক স্থলেই রোগীর অন্ত্র হইতে রক্তস্রাব হইয়া থাকে। সাধারণতঃ দ্বিতীয় বা তৃতীয় সপ্তাহে এই উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। ৭ম দিবসের পূর্বে প্রায় রক্তস্রাব হইতে দেখা যায় না।

শতকরা ২০ জনের ৪র্থ সপ্তাহে এবং শতকরা ১০ জনের ৫ম সপ্তাহে রক্তস্রাব হইতে পারে। ইহার পরে রক্তস্রাব হওয়া খুবই বিরল। পীড়ার পুনরাক্রমণে এই

উপসর্গ প্রায় উপস্থিত হইতে দেখা যায় না। রক্তস্রাব ঘন ঘন বা দীর্ঘ সময় অন্তর এবং ইহার পরিমাণ কয়েক সি, সি, হইতে পাইন্ট বা ততোধিক হইতে পারে।

রক্তভেদ অল্প পরিমাণে হইলে মলের সহিত রক্ত মিশ্রিত থাকিতে দেখা যায় এবং রক্তের বর্ণ গাঢ় লাল বা কৃষ্ণবর্ণ বিশিষ্ট হয়। রক্তভেদের প্রকৃতি এরূপ হইলে ক্ষুদ্রান্তের উদ্গাংশ হইতে রক্তস্রাব হইতেছে জ্ঞাতব্য। অত্যধিক রক্তস্রাব হইলে উহা ঘন ঘন নির্গত হয় ও নির্গত রক্ত মলের সঙ্গে পৃথকভাবে তরলাকারে বা চাপ বাক্সা অবস্থায় বর্তমান থাকে এবং ইহার বর্ণ পরিষ্কার লাল দেখায়। অন্ত্রমধ্যে রক্তস্রাব হইয়া উহা অল্পে অধিকক্ষণ অবস্থিতি করিলে, রক্ত চাপ বাক্সিয়া যায় এবং রক্ত কৃষ্ণবর্ণ ধারণ করে।

পীড়ার প্রারম্ভে অল্প পরিমাণ রক্তস্রাব হইলে ঐ রক্ত প্রদাহিত পেয়াস প্যাচ কিংবা ক্ষুদ্রান্তের অত্যাগ অংশ হইতে নিঃসৃত হয়। কিন্তু ২য় বা ৩য় সপ্তাহে যে রক্তস্রাব হয়, উহা ক্ষয়িত (necrotic) এবং ক্ষতযুক্ত পেয়াস প্যাচ হইতে নিঃসৃত হইয়া থাকে।

অব্যবস্থিত কঠিন খাদ্য প্রয়োগ, উদরাগ্নান, অস্থিরতা প্রভৃতি রক্তস্রাবাধিক্যের উদ্দীপক কারণ হইয়া থাকে। অনেক সময় স্পঞ্জি বা এনিমা প্রয়োগের পর রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়।

আন্ত্রিক রক্তস্রাবের লক্ষণ :—সামান্য পরিমাণ রক্তস্রাব হইলে বিশেষ কোন লক্ষণ দেখা যায় না, কিন্তু অধিক পরিমাণে একবার বা অল্প পরিমাণে পুনঃ পুনঃ রক্তস্রাব হইলে সাংঘাতিক রক্তক্ষয়ের লক্ষণ উপস্থিত হয়। এরূপ স্থলে রোগীর মুচ্ছার ভাব, মুখমণ্ডল মলিন; (pale), গাত্রচর্ম শীতল, বর্ণাভিষিক্ত বা আর্দ্র; নাড়ী ক্ষত, ক্ষুদ্র ও দুর্বল; উত্তাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা হ্রাস; বমন; রক্তস্রাবের পূর্বে উদরে বেদনা প্রভৃতি উপস্থিত হয়। দৈনিক উত্তাপ ১০.৫ ডিগ্রি হইতে কমিয়া ৯.৫ ডিগ্রি পর্যন্ত হইতে দেখা যায় এবং এইরূপ অবস্থা

কয়েক ঘণ্টা বিদ্যমান থাকে। রক্তচাপ (Blood pressure) ৮০—৯০ মিলিমিটার, কেবল কোন কোন স্থলে ৫৫ মিলিমিটার হইতেও দেখা যায়।

রক্তস্রাব অতীব সাংঘাতিক উপসর্গ। অধিকাংশ স্থলেই ইহার ফল অন্তত হইতে দেখা যায়। শতকরা ১০—৩০ জন ইহাতে মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

(১০) অস্ত্র ছিদ্র হওয়া (Perforation :

“অস্ত্র ছিদ্র হওয়া” একটি অতীব সাংঘাতিক উপসর্গ। জীলোক অপেক্ষা পুরুবদিগের এই উপসর্গ অধিক হইতে দেখা যায়। শিশুদিগের অস্ত্র ছিদ্র হওয়া খুব বিরল। সাধারণতঃ রক্তভেদের তায় ২য় বা ৩য় সপ্তাহেই অস্ত্র ছিদ্র হইতে দেখা যায়। দশম দিবসের পূর্বে এই উপসর্গের উপস্থিতি বিরল। Dr. Fitz Reginald * ১৯৩০ টা ইফয়েড রোগীর বিবরণ উল্লেখ করিয়া লিখিয়াছেন যে— “এই রোগীগুলির মধ্যে ৪ জনের ১ম সপ্তাহে, ৩২ জনের দ্বিতীয় সপ্তাহে, ৪৮ জনের তৃতীয় সপ্তাহে, ৪২ জনের ৪র্থ সপ্তাহে, ২৭ জনের ৫ম সপ্তাহে, ২১ জনের ৬ষ্ঠ সপ্তাহে, ৫ জনের ৭ম সপ্তাহে, ৩ জনের ৮ম সপ্তাহে, ২ জনের ৯ম সপ্তাহে, ৪ জনের ১০ম সপ্তাহে, ৩ জনের ১১ সপ্তাহে এবং ১ জনের ১২ সপ্তাহে, ও ১ জনের ১৬শ সপ্তাহে অস্ত্র ছিদ্র হইয়াছিল।

অস্ত্র ছিদ্র হওয়ার কারণ :—ক্ষুদ্রান্তের প্রাচীরে ক্ষত ও উহা ক্ষয় (necrosis) হইয়াই অস্ত্র ছিদ্র হইয়া থাকে। অল্পক্ষত গভীর; ও অস্ত্রের প্রাচীর অত্যন্ত ক্ষয়প্রাপ্ত হইলে; এবং অত্যধিক উদরাগ্নান; অপরিপাক; অব্যবস্থিত কঠিন খাদ্য প্রয়োগ; বমন; দীর্ঘস্থায়ী প্রবল কাশি এবং অস্থিরতা প্রভৃতি কারণে অবিলম্বে অস্ত্র ছিদ্র হইয়া যায়।

অস্ত্র ছিদ্র হওয়ার লক্ষণ :—অস্ত্র ক্ষত হইলে উহার যে কোন অবস্থায় যে কোন মুহূর্তে অস্ত্র প্রাচীর ছিদ্র হইতে পারে; চিকিৎসকের ইহা সর্বদা মনে রাখা কর্তব্য।

অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার পূর্বে সাধারণতঃ বিশেষ কোন পূর্ণ লক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখা যায় না। রক্তস্রাব, অসাধারণ ঔদরিক বেদনা, উদরের প্রসারণ ও অস্বাভাবিক স্পর্শমুভূতি এবং বমন প্রভৃতি লক্ষণ দ্বারা অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার আশঙ্কা করা যায়। কোন কোন স্থলে অন্ত্র ছিদ্র হইবার ২৩ দিন পূর্বে ক্ষতযুক্ত অন্ত্রের স্থানে দুর্দ্দম বেদনা, সটানতা এবং রোগীর রক্তে খেতকণিকার সংখ্যাধিক্য (Leukocytosis) হইতে দেখা যায়।

অকস্মাৎ অন্ত্র ছিদ্র হইলে—উদরে তীব্র বেদনা ও স্পর্শমুভূতির আধিক্য; উদরের কাঠিত্ব; বমন; কোল্যাস্; নাড়ী দ্রুত, দুর্বল ও ক্ষীণ প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশ পায়। অতঃপর ক্রমশঃ সাধারণ পেরিটোনাইটিসের লক্ষণ বর্দ্ধিত হইতে থাকে। উদরের বেদনা, কাঠিত্ব, স্পর্শমুভূতি ও প্রসারণতা অধিকতর বৃদ্ধি হয় এবং সমগ্র উদর প্রদেশেই এই সকল লক্ষণ বিস্তৃত হইয়া পড়ে। উত্তাপ হ্রাস হয়, নাড়ী পূর্ণাপেক্ষাও ক্ষীণ ও দ্রুত, শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত, এবং শীতল চট্‌চটে বর্ণে সর্বাস্ত্র অভিযুক্ত, মুখমণ্ডল মলিন, রোগী অবসন্ন এবং ক্রমশঃ অচেতন হইয়া যায়।

ক্রমশঃ অন্ত্র ছিদ্র হইলে—অনেক স্থলে অকস্মাৎ অন্ত্র ছিদ্র না হইয়া ক্রমে ক্রমে অন্ত্র ছিদ্র হইয়া থাকে। এরূপস্থলে অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার লক্ষণ সমূহ ক্রমশঃ বর্দ্ধিত হইতে থাকে। এরূপ স্থলে উদরের বেদনা সামান্য হয়, সাধারণ পেরিটোনাইটিসের লক্ষণ স্বল্পতর ভাবে কিঞ্চিৎ আদৌ বিদ্যমান থাকে না। Dr. J. M. T. Finney * ১১৩টা টাইফয়েড রোগীর চিকিৎসা বিবরণ উল্লেখ করিয়া লিখিয়াছেন—‘এই সকল রোগীর প্রত্যেকেরই অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার ইহাদিগকে অন্ত্রোপচার করা হইয়াছিল। ইহাদের মধ্যে ৫৮ জনের অকস্মাৎ অন্ত্র ছিদ্র হইয়াছিল এবং ইহাদের সকলেরই তীব্র ঔদরিক বেদনা বর্তমান ছিল। ১৫ জনের অস্বাভাবিক পরিমাণে কোল্যাস্, ২৬ জনের বমন ও বমনোদ্বগ, ১৪ জনের অত্যধিক উত্তাপ হ্রাস লক্ষিত হইয়াছিল।

অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার বিশিষ্ট লক্ষণ (Characteristic Symptoms of perforation) :—অন্ত্র ছিদ্র হইলে নিম্নলিখিত কয়েকটা বিশিষ্ট লক্ষণ প্রকাশ পায়। যথা—

(ক) বেদনা (Pain) :—এই বেদনা নিম্ন উদরের দক্ষিণ পার্শ্বের এক চতুর্থাংশ স্থানে অবিরত বা সবিরাম ভাবে বিদ্যমান থাকে। বেদনার প্রকৃতি অন্ত্রশূলের বা এপিণ্ডিসাইটিসের বেদনার জায়।

(খ) উদরের স্পর্শমুভূতির আধিক্য ও কাঠিত্ব (Tenderness and Rigidity) :—উদরের অস্বাভাবিক স্পর্শমুভূতির বৃদ্ধি ও কাঠিত্ব, এই দুইটা লক্ষণ অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার অন্ততম বিশিষ্ট লক্ষণ মধ্যে পরিগণিত। অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার পর কয়েক ঘণ্টা নিম্ন উদরের দক্ষিণ পার্শ্বের এক চতুর্থাংশ স্থানে হস্ত সংস্পর্শে রোগী অসহ্য স্পর্শমুভূতি বোধ করে হাত দিলেই চম্কাইয়া উঠে এবং হস্তে ঐ স্থান কঠিন বোধ হয়। ক্রমশঃ সাধারণ পেরিটোনাইটিসের লক্ষণ বর্দ্ধিত এবং সমগ্র উদর প্রদেশ প্রসারিত হইয়া থাকে।

(গ) বমন ও বমনোদ্বগ (Vomiting and Nausea) :—অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার পরই অনতিবিলম্বে বমন ও বমনোদ্বগ হওয়া একটা বিশিষ্ট লক্ষণ। টাইফয়েড ফিভারে অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার মধ্যবর্তী সময়ে বমন বা বমনোদ্বগ হওয়া খুব বিরল।

(ঘ) হিকা (Hicough) :—অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার অনতিবিলম্বে বমন ও বমনোদ্বগ সহ হিকাও উপস্থিত হইতে পারে।

(ঙ) নাড়ী (Pulse) :—অন্ত্র ছিদ্র হওয়ার পরই নাড়ীর অবস্থা পরিবর্তিত হইতে দেখা যায়। অনতিবিলম্বে নাড়ী দ্রুত, ক্ষীণ এবং দৈনিক উত্তাপের সহিত নাড়ীর সামঞ্জস্যের ব্যতিক্রম হয়।

(চ) রক্তসঞ্চাপ (Blood pressure) :—অন্ত্র ছিদ্র

হওয়ার পরই রক্তচাপ বর্দ্ধিত হইতে দেখা যায়। অরুণ রাখা কর্তব্য—রক্তচাপের তারতম্য অল্পসারে রক্তচাপেরও তারতম্য ঘটায় থাকে।

(ছ) শ্বাসপ্রশ্বাস (*Respiration*) :—অরুণ ছিদ্র হওয়ার পর শ্বাসপ্রশ্বাস অগতির ও দ্রুততর হয়।

(জ) উত্তাপ (*Temperature*) :—অরুণ ছিদ্র হওয়ার পরই দৈনিক উত্তাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা হ্রাস হয়। কোন কোন স্থলে কিছুকণ পরে ২।১ ডিগ্রি উত্তাপ বর্দ্ধিত হইতে দেখা যায়।

(ঝ) কোলাপ্স (*Collapse*) :—অরুণ ছিদ্র হওয়ার পরই দৈনিক উত্তাপ হ্রাস এবং নাড়ীর ক্ষীণতা ও দ্রুততা সহ সর্বাঙ্গ শীতল ও দেহচর্মে আর্দ্র বা ঘর্ষাভিষিক্ত প্রকৃতি কোলাপ্সের লক্ষণ উপস্থিত হইয়া থাকে। এই সময় আভ্যন্তরিক উত্তাপ বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়।

(ঞ) খেত রক্তকণিকার আধিক্য (*Leukocytosis*) :—রক্তস্থ খেত কণিকার বৃদ্ধি অরুণ ছিদ্র হওয়ার একটি বিশিষ্ট লক্ষণ। অরুণ ছিদ্র হইয়াছে কিনা, তাহা নির্ণয় করিবার পক্ষে এই লক্ষণটি অতীব প্রয়োজনীয়। সাধারণতঃ অরুণ ছিদ্র হওয়ার পরই খেত কণিকার (*leukocyte*) সংখ্যা বৃদ্ধি হইতে দেখা যায় এবং উহার ক্রমশঃ বর্দ্ধিত হইয়া কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই প্রতি কিউবিক সেন্টিমিটার রক্তে উহাদের সংখ্যা ১০,০০০—১৫,০০০ বা ততোধিক হয়। যদি সাধারণ পেরিটোনাইটিস বর্দ্ধিত হয়, তাহা হইলে অরুণ ছিদ্র হওয়ার পর ২।৩ ঘণ্টার মধ্যে খেত কণিকার সংখ্যা হ্রাস হইতে দেখা যায়।

(১৩) জন্টিস (*Jaundice*) :—খুব কম রোগীতেই এই উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

(১৪) স্প্লিনার প্রদাহ (*Splenitis*) :—টাইফয়েড ফিবারে স্প্লিনার প্রদাহ বিরল। কোন কোন স্থলে দ্রুত

হইতে টাইফয়েড ব্যাসিলাস স্প্লিনাতে নীত হইয়া প্রদাহে ফোটক উৎপাদন করে। তবে ইহাও খুব বিরল ঘটনা। Dr. W. William Keen • ৮০০ শত টাইফয়েড রোগীর মধ্যে ৯টা রোগীর স্প্লিনাতে ফোটক হইতে দেখিয়াছিলেন।

(১৫) রক্তহীনতা (*Anemia*) :—টাইফয়েড ফিবারে অধিকাংশ রোগীরই রক্তহীনতা উপস্থিত হইতে দেখা যায়। লাল রক্তকণিকা এবং হিমোগ্লোবিন বিশেষরূপে হ্রাস প্রাপ্ত হয়।

(১৬) রক্তসঞ্চালন যন্ত্র সম্বন্ধীয় উপসর্গ (*Complications regarding the circulatory System*) :—

(ক) হৃদপিণ্ড (*Heart*) : টাইফয়েড ফিবারের অরুণ অবস্থার মধ্যবর্তী সময়ে কিবা রোগান্ত দোর্দণ্যাবস্থার হৃদপেশীর অবসন্নতা ও অপকর্ষতা উপস্থিত হইতে দেখা যায়। অধিকাংশ রোগীর হৃদপেশীর প্রদাহ (*Myocarditis*) কিবা হৃদপেশীর সৌত্রিক পদার্থের (*Muscle-fibers*) দানায়ুক্ত (*Granular*) অথবা চর্বিযুক্ত অপকর্ষতা (*Fatty degeneration*) সংঘটিত হয়। টাইফয়েড ফিবারে অধিকাংশস্থলেই হৃদপিণ্ডের ক্রিয়াবিকার উপস্থিত হইয়া থাকে এবং পীড়ার প্রাবল্য ও জীবাণু সংক্রমণের তারতম্য অল্পসারে এই উপসর্গেরও তারতম্য ঘটে।

সাধারণতঃ রোগাক্রমণের কয়েক দিন পরেই—কোন কোন স্থলে অরুণ অবস্থার ৩য় সপ্তাহের প্রথম হইতে হৃদপিণ্ডের দুর্বলতা ও ক্রিয়াবিকৃতি লক্ষিত হয়। এতদসহ নাড়ী দ্রুত, কোমল, ক্ষীণ ও সঞ্চাপ্য (*Compressible*) হইয়া থাকে। অধিকাংশস্থলেই রোগান্ত দোর্দণ্যাবস্থা পর্যন্ত নাড়ীর অবস্থা প্রায় এইরূপ থাকিতে দেখা যায়। অতঃপর ক্রমশঃ নাড়ীর ও হৃদপিণ্ডের অবস্থা স্বাভাবিক হইতে থাকে। যে সকল রোগীর সমধিক হৃদপেশীর

অপকর্ষতা (Degeneration) ঘটে, সেই সকল রোগীর হৃৎক্ৰিয়া ও নাড়ীর অবস্থা অধিকতর মন্দ হয়। এরূপ স্থলে নাড়ীর গতি সবিরাম, স্পন্দন অনিয়মিত হইয়া থাকে এবং টেকিকার্ডিয়া (Tachycardia—অস্বাভাবিক হৃৎক্ৰিয়ার ক্রতত্ব পরিবর্তে হৃৎপেশীর অবসাদনের প্রাথমিক লক্ষণরূপে ব্র্যডিকার্ডিয়া (Bradycardia—স্বাভাবিক অপেক্ষা হৃৎপিণ্ডের ও নাড়ীর গতি হ্রাস হওয়া) প্রকাশ পায়; সার্বসঙ্গিক অবসাদ, চর্ম্মের মলিনতা, বর্ষ নিঃসরণ, হৃৎপিণ্ডের এপেক্সবিট ও হৃৎপিণ্ডের শব্দ ক্রীণতর হয়। কোন কোন স্থলে হৃৎপিণ্ডের বাম কিনারা স্থানচ্যুত হইতে দেখা যায়। কোমল “মার্মার” (Murmur) শব্দ হৃৎপিণ্ডের এপেক্স (apex—হৃৎপিণ্ডের চূড়া, ইহা বক্ষঃ প্রাচীরে আঘাত করে) কিম্বা ৩য় বক্ষঃপঞ্জরাস্থি স্থানে (third intercostal space) কৰ্ণশ রূপে শ্রুত হয়। হৃৎপিণ্ডের বাম প্রদেশ প্রসারিত হইতে দেখা যায়।

টাইকয়েড ফিতারে হৃৎপেশীর অপকর্ষতা প্রত্যক্ষ

মৃত্যুর কারণ হইতে প্রায়ই দেখা যায় না। এতজনিত লক্ষণ সমূহ, অরীয় অবস্থা অপনোদনের সঙ্গে সঙ্গে প্রায় তিরোহিত হইয়া থাকে। কিন্তু অধিকাংশস্থলে ইহাতে আকস্মিক কোল্যাপ্সের সম্ভাবনা থাকে এবং উহাই মৃত্যুর কারণ হয়। রোগান্তদৌর্বল্যাবস্থায় হৃৎপেশীর অপকর্ষতা ঘটিতে পারে।

(খ) ধমনীপ্রদাহ (Arteritis) :—টাইকয়েড ফিতারে ধমনীর প্রদাহ বিরল হইলেও, অত্যন্ত সংক্রমণজনিত অর বা পীড়া অপেক্ষা, ইহাতে এই উপসর্গ উপস্থিতির সম্ভাবনা বেশী। Dr. H. Vincent ও Dr. L. Muratet * বলেন যে, “অত্যন্ত স্থানের ধমনী অপেক্ষা ডান পায়ের ধমনীই সাধারণতঃ অধিকতর আক্রান্ত হইতে দেখা যায়। তবে পোষ্টেরিয়র, টিবিয়াল, ফিমোরাল, পপুলিটিয়াল, এন্টেরিয়র টিবিয়াল, ডার্মেলিস পিডিস ধমনী সমূহ আক্রান্ত হওয়াও বিরল নহে। উর্দ্ধাদ বা মস্তিষ্কের ধমনীর প্রদাহ হওয়া খুবই বিরল।

(ক্রমশঃ)

*Medical and surgical therapy. new york. 1918 p. I)

পুরাতন বাতরোগে (Chronic Rheumatism) ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

সোডি আয়োডাইড	..	২ ড্রাম।
ভাইনাম কলচিসাই	...	৪ ড্রাম।
সোডি স্যালিসিলেট	...	২ ড্রাম।
টীং গোয়েসাই এমোনিয়টে	...	২ আউন্স।
সিরাপ সার্সা কম্পাউণ্ড	...	৬ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ডজার্ট স্পুনফুল (২ ড্রাম) মাত্রায় প্রত্যহ তিনবার সেব্য। (Meick's Archives)

হুপিংকফ্-চিকিৎসা The Treatment of Hooping Cough.

লেখক—ডাঃ ক্রিমশোকচন্দ্র মিত্র M. B.
Late House surgeon Carmichael Medical
College Hospital & Mayo Hospital.
Calcutta.

—•(•••)•—

হুপিং কফের সাধারণ বিবরণাদির উল্লেখ করা বাহুল্য মাত্র। প্রত্যেক চিকিৎসকই এসকল বিষয় জ্ঞাত আছেন। এই পীড়ার “আধুনিক চিকিৎসা তত্ত্ব” আলোচনা করণার্থই বর্তমান প্রবন্ধের অবতারণা।

হুপিং কফের চিকিৎসা নিম্নলিখিত কয়েক ভাগে বিভক্ত করা যায়। যথা—

(১) প্রতিষেধক-চিকিৎসা Preventive Treatment.

(ক) তফাৎ-করণ (Isolation) :—
রোগ নির্ণয় হইবারাত্র, স্নহ ব্যক্তি হইতে রোগীকে সম্পূর্ণরূপে পৃথক ও তফাৎ রাখিতে হইবে। শিশুরা এই পীড়ার অধিক বশবর্তী; সুতরাং স্নহ শিশু হইতে রোগীকে অন্ততঃপক্ষে দুইটা মাস তফাৎ রাখা উচিত। নিত্য অন্ত্রবিধা হইলে রোগীর কাশির আক্ষেপ নিবারিত হইবার পর—২ সপ্তাহ কাল পর্যন্ত স্নহ শিশু হইতে পৃথক রাখা কর্তব্য। এই পীড়া যে, শিশুদের পক্ষে কতটা সংক্রমক এবং স্নহ হইতে পীড়িত শিশুকে যে, পৃথক রাখা কত আবশ্যকীয়; সে সম্বন্ধে রোগীর পিতা মাতা বা আত্মীয় বন্ধনকে বিশেষ ভাবে উপদেশ দেওয়া উচিত। রোগ আরোগ্য হইলেও, রোগীর এই সংক্রমণ

প্রকৃতি হেতু বহু দিন রোগীর কাশি বর্তমান থাকে এবং কাশির আক্ষেপ নিবারণ হইবার পরও অন্ততঃ ১৫ দিবস পর্যন্ত শিশুকে বিছালয়ে, ট্রাম গাড়ী, রেল, নিয়ন্ত্রণ—ইত্যাদিতে পাঠান উচিত নহে। মূল কথা, হুপিংকফের কাশি নিবারিত হইবার পর ১৫ দিন পর্যন্ত অন্ততঃপক্ষে রোগীকে অন্ত স্নহ ব্যক্তি হইতে সম্পূর্ণরূপে পৃথক রাখা উচিত।

(খ) টীকা দেওন (Vaccination) :—
হুর্কল এবং বন্ধার প্রথম অবস্থাপ্রাপ্ত অথবা বন্ধা হইবার আশঙ্কা আছে, এইরূপ অল্প বয়স্ক বালকবালিকা—বিশেষতঃ, কণ্ঠ শিশুদিগকে এই পীড়ার আক্রমণ হইতে রক্ষা করিবার উদ্দেশ্যে, হুপিংকফের ভ্যাক্সিন বা টীকা দেওয়া যাইতে পারে। তবে ইহাতে যে পীড়ার উৎপত্তি হইবে না, তাহা একেবারে নিশ্চয় করিয়া বলা না গেলেও, ইহা বারা পীড়া আক্রমণের আশঙ্কা অনেক হ্রাস পায়, কিংবা যদিও পীড়ার উৎপত্তি হয়, তাহা হইলেও উহার আক্রমণ অনেক মৃদু প্রকৃতির হইতে দেখা যায়। ‘ভ্যাক্সিন’ সম্বন্ধে পরে আলোচনা করিব।

(২) স্বাস্থ্যসম্বন্ধীয় চিকিৎসা

Hygienic Treatment.

ডাঃ বেনেট মহোদয় বলেন—“রোগীকে যুক্ত হাওয়ার

বৈশিষ্ট্য থাকিতে দেওয়া উচিত নহে। অতিরিক্ত শীতল হাওয়া বা প্রবল হাওয়া গায়ে লাগিলে কাশির আক্ষেপ বৃদ্ধি পায়। কিন্তু উপসর্গহীন মুহূ প্রকৃতির নীড়ায় রোগীর গায়ে বস্ত্রাদি দিয়া মুক্ত বায়ুতে বা আলা বাতাস যুক্ত গৃহের দরজা জানালা খুলিয়া দিয়া রোগীকে রাখিয়া দিলে, কাশির আক্ষেপের প্রাবল্য উপশমিত হয়। রৌদ্র-বাতাসবিহীন উষ্ণ গৃহে রাখা অপেক্ষা, রৌদ্র-বায়ু যুক্ত মুক্ত গৃহে রোগীকে রাখাই সর্বতোভাবে কর্তব্য। অতি সাবান্ত পরিমাণে ধূলিকণা বা ধূম নাসাপথে প্রবেশ করিলেই রোগীর কাশির আক্ষেপ অত্যন্ত বৃদ্ধি পায়, সুতরাং রোগীকে সর্বদা ধূলিকণা এবং ধূম হইতে দূরে রাখা কর্তব্য। দুর্বল শিশুদিগকে—বিশেষতঃ, বাহাদের কাশির আক্ষেপসহ সামান্য জ্বরী উত্তাপ বর্তমান থাকে, তাহাদিগকে গৃহের বাহিরে লইয়া যাইতে হইলে, উত্তমরূপে বস্ত্রাদি দ্বারা শিশুর গাত্র আবৃত করিয়া লইয়া যাওয়া কর্তব্য। বর্তমানের ফ্যাশন অনুযায়ী জামা ইত্যাদিতে গলা, হস্ত এবং পদাদি মুক্ত থাকে; ঐরূপ জামা পরিধান করা ইয়া কদাচও বাহিরে লইয়া যাওয়া উচিত নহে। জামা পরাইয়া ১ খানি আলোয়ান বা পুরু চাদর দ্বারা সর্বাঙ্গ আবৃত করিয়া দেওয়া কর্তব্য। রাত্রে যে সকল শিশু গায়ে আচ্ছাদন রাখে না, সে সকল শিশুর হপিংকফে গাত্রাদি ক্লানেল বা ঐ প্রকারের ঢিলা জামা দ্বারা উত্তমরূপে আচ্ছাদন করিয়া রাখা কর্তব্য। এই নীড়ায় বিশেষ শিশু রোগীদের, সহসা ঠাণ্ডা লাগিলেই নীড়ার বৃদ্ধি হইয়া থাকে, ইহা চিকিৎসক যাত্রেই স্মরণ রাখা উচিত।

(৩) পথ্য সম্বন্ধীয় চিকিৎসা

Dietetic Treatment.

হপিংকফের চিকিৎসায় খাদ্যাদির প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখা আবশ্যিক। এই নীড়া সাধারণতঃ শৈশবেই হইয়া থাকে এবং অল্প বয়স্ক বালকবালিকাদের পক্ষে ইহা অতি সাংঘাতিক নীড়া। কাশির অনিয়মিত আক্ষেপ জন্ম রোগীর সমস্ত দেহেই দস্তরমত পরিভ্রম হয় এবং

যথেষ্ট পরিমাণে জীবনীশক্তির অপচয় হইয়া থাকে। সুতরাং জীবনীশক্তি অক্ষুণ্ণ রাখার জন্য উপযুক্ত পরিমাণে বলকারক পথ্যের আবশ্যক হইয়া থাকে। পথ্যাদির ব্যতিক্রমে বহু স্থলেই বিবিধ উপসর্গ আসিয়া উপস্থিত হয়। অতিরিক্ত এবং গুরুপাক পথ্যাদি দিলে উহা জীর্ণ হইবার পূর্বেই কাশির আক্ষেপ জন্ম বমন হইয়া যায় এবং বমন না হইলেও, কাশির উদ্বেগ জন্ম সহজে জীর্ণ হয় না ও পরিপাক ক্রিয়ার বিবিধ বৈলক্ষণ্য প্রকাশ পায়। এই সকল বিষয় বিশেষ ভাবে বিবেচনা করিয়া চিকিৎসক রোগীর পথ্যাদির ব্যবস্থা করিবেন। সুস্থ শিশুদের খাদ্যাদি পরিবর্তন সম্বন্ধে যেরূপ বিশেষ বিবেচনার আবশ্যক হয়—কণ্ঠ শিশুদের পথ্য সম্বন্ধেও ঠিক সেইরূপ বিবেচনা করা আবশ্যিক, নচেৎ তাহাতে বিপদ হওয়ার বিশেষ সম্ভাবনা।

অনেক সময়ে দেখা যায় যে, পথ্য প্রদানের অব্যবহিত পরেই রোগীর কাশির আক্ষেপ উপস্থিত হয়। ইহার ফলে ভুক্ত দ্রব্য বমন হইয়া যায়। এই জন্যই হপিংকাশি গ্রস্ত রোগীকে রোগীর অভিভাবকেরা পথ্য দিতে চাহেন না; রোগীও পথ্য গ্রহণে অনিচ্ছুক হয়। ফলে, রোগী অত্যন্ত দুর্বল হইয়া পড়ে। ডাক্তার বেনেটের মতে রোগীর কাশির আক্ষেপের মিনিট দশ পরে পথ্য দেওয়া উচিত। ইহাতে রোগীর পথ্য আর বমন হইয়া যায় না। পথ্য দ্রব্য তরল ও বেশ লঘুপাচ্য হওয়া উচিত—বাহাতে পরবর্তী আক্ষেপের পূর্বেই ভুক্ত দ্রব্য জীর্ণ হইয়া যায়। কঠিন পথ্য প্রদান অসুচিত। দুগ্ধ, স্থপ, স্করম্বা, ফলাদির রস, পুডিং, হুজি বা সাগুর পায়েস ইত্যাদিই উপযোগী।

হরলিক্‌স্ মল্টেড্ মিল্ক Horlicks malted milk) সর্বাপেক্ষা উৎকৃষ্ট পথ্য। ঐষদুগ্ধ জলে ‘হরলিক্‌স্’—একটু ঘন করিয়া প্রস্তুত করতঃ, পান করিতে দিলে রোগীর ক্ষুধার নিবৃত্তি, রোগীর বলক্ষয় নিবারিত এবং বেশ কোষ্ঠ পরিষ্কার হইয়া থাকে। ইহাতে যথেষ্ট পরিমাণে দুগ্ধ ক্যালশিয়াম বর্তমান থাকায়, কাশির এবং সাধারণ বাত্ব্যের বিশেষ উন্নতি হইয়া থাকে।

রোগীর অভিভাবকে বা মাতাকে প্রত্যহ ২৪ ঘণ্টায় (সকাল ৮টা হইতে পরদিন সকাল ৮টা পর্যন্ত) কতবার কাশির আক্ষেপ হয় তাহা লিখিয়া রাখিবার জন্য উপদেশ দেওয়া উচিত। ইহাতে পীড়ার উন্নতি বা বৃদ্ধি বেশ স্পষ্ট বুঝা যাইতে পারে।

বিশেষ চিকিৎসা

(Specific treatment)

যদিও বিশেষজ্ঞগণ মত প্রকাশ করিয়াছেন যে, “বোর্ডেট গেন্গু” (Bordet gengou) জীবাণুই হপিংকফ পীড়ার উৎপাদক কারণ; কিন্তু এ পর্যন্ত ইহার কোনও বিশেষ চিকিৎসা বাহির হয় নাই। তবে, ইহা সকলেই এক বাক্যে স্বীকার করেন যে, এই রোগে ‘ভ্যাকসিন’ চিকিৎসাই সর্বশ্রেষ্ঠ এবং ইহাকেই এখন পর্যন্ত “বিশেষ চিকিৎসা” বলা যাইতে পারে। এই ভ্যাকসিন চিকিৎসা সম্বন্ধে নিম্নে আলোচনা করা যাইতেছে।

(ক) ভ্যাক্সিন চিকিৎসা (Vaccine treatment) :—হপিংকাশির প্রতিষেধকার্থ বা উহা আরোগ্যকরণার্থ ভ্যাকসিন চিকিৎসা সর্বোপেক্ষা শ্রেষ্ঠ, বিজ্ঞান-সম্মত এবং সম্পূর্ণ বিপদশূন্য। ইহাই আধুনিক নিদান-তত্ত্ববিদগণের অভিমত। কিন্তু এই ভ্যাক্সিন চিকিৎসা দ্বারা যে উৎসাহ হইবেই, ইহা নিশ্চয় করিয়া বলা যায় না। তবে ইহা দ্বারা যে, কোনও বিপদ হয় না—ইহা নিশ্চিত। ডাক্তার বেনেট বলেন যে, এই ভ্যাক্সিন দ্বারা চিকিৎসা করিলে, এই পীড়াজনিত আর কোনও ক্ষুদ্রক্ষুদ্র উপসর্গ উপস্থিত হইতে পারে না। হপিংকাশিতে বিবিধ প্রকার ক্ষুদ্রক্ষুদ্র উপসর্গ উপস্থিত হইয়া রোগীর জীবন শঙ্কটময় করিয়া তোলে। কিন্তু ভ্যাক্সিন চিকিৎসায় সে আশঙ্কা থাকে না অথচ পীড়ার ভোগকালও অনেক হ্রাস পায়।

এতদর্থে নিম্নলিখিত ভ্যাক্সিনগুলি ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

(ক) মিক্সড্ পাটু সিস—(Mixed Pertussis Vaccine) :—এই ভ্যাক্সিন প্রকার শক্তির পাওয়া

যায়। বর্ণা—১নং, ২নং ও ৩নং। ইহার প্রত্যেক নম্বরের ভ্যাক্সিনের প্রতি সি, সি, তে নিম্নলিখিত বিভিন্ন প্রকার জীবাণু থাকে। বর্ণা—

জীবাণু	১নং	২নং	৩নং
বোর্ডেট গেন্গু ব্যাসিলাস বা			
ব্যাসিলাস পার্টুসিস ...	৫০০	১০০০	২০০০ মিলিয়ন
ইনফ্লুয়েঞ্জা ...	২	৫	১০
নিউমোককাস ...	৫	১০	২০
ট্রেপটোককাস ...	৫	১০	২০
মিক্সড্ ক্যাটারেলিস ...	২৫	৫০	১০০
ষ্ট্র্যাফাইলোককাস অরিয়াস্ ...	১০০	২৫০	৫০০

বাজারে বিভিন্ন শক্তির ভ্যাক্সিন পাওয়া যায়। ইহাদের মধ্যে ইণ্ডিয়ান মেডিকেল ল্যাবোরেটরীর প্রস্তুত উপরিউক্ত শক্তিবিশিষ্ট ভ্যাক্সিনই অধুনা অধিকাংশ চিকিৎসক ব্যবহার করিয়া সমস্ত প্রকাশ করিতেছেন।

এই ভ্যাক্সিন পাঁচ বছর বয়স্ক শিশুকে প্রথমে ০.১সি,সি, পরিমাণে অধঃস্থাপিত ইঞ্জেকসন দিবে। ইহার পর প্রতি ৪র্থ দিবসে—উক্ত মাত্রাকে দ্বিগুণ করিয়া অর্থাৎ ২য় ইঞ্জেকসনে ১ম মাত্রার দ্বিগুণ এবং ৩য় ইঞ্জেকসনে ২য় ইঞ্জেকসনের দ্বিগুণ, এইরূপ মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া ও প্রতি ৪র্থ দিবসে ইঞ্জেকসন বিধেয়। প্রবল প্রতিক্রিয়া প্রকাশ না পাইলে এই ভাবে মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য। অতিশয় রুগ্ন এবং পীড়িত শিশুকে উক্ত মাত্রার অর্দ্ধেক পরিমাণ ইঞ্জেকসন দিবে।

(খ) পার্টুসিস ভ্যাক্সিন কম্বাইণ্ড (Pertussis Vaccine combined) :—ইহার প্রতি সি, সি,তে পার্টুসিস ব্যাসিলাস ৪০০০ মিলিয়ন, ষ্ট্র্যাফাইলোককাস অরিয়াস্ ৫০০ মিলিয়ন, ট্রেপটোককাস হিমোলাইটিক ও ননহিমোলাইটিক ১০০ মিলিয়ন, মিক্সড্ ক্যাটারেলিস ৪০ মিলিয়ন, ব্যাসিলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা ১৬০ মিলিয়ন ও নিউমোককাস (৪ প্রকার) ২০০ মিলিয়ন আছে।

মাত্রা :—এই ভ্যাক্সিন প্রথমতঃ ০.২ সি, সি, মাত্রায় ইঞ্জেকসন করতঃ, প্রতি ইঞ্জেকসনে ০.১—০.২ সি, সি,

বর্ধিত করিয়া ১ সি, সি, মাত্রায় পর্য্যন্ত ইঞ্জেকসন বিধেয়। প্রতি ৩য় বা ৪র্থ দিবসে ইঞ্জেকসন দেওয়া কর্তব্য।

(গ) হুপিংকফ ভ্যাক্সিন “বি” (Whooping Cough Vaccine “B”) :—ইহার প্রতি সি, সি,তে বোর্ডেট্ ব্যাসিলাস ৪০০ মিলিয়ন, ব্যাসিলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা ৫০০ মিলিয়ন ও নিউমোককাস ১০০ মিলিয়ন থাকে।

যদিও বোর্ডেট ব্যাসিলাস হুপিংকফের প্রধান উৎপাদক কারণরূপে পরিগণিত হইয়া থাকে, তথাপি পীড়ার দ্বৈবারিক আক্রমণে (Secondary infection) অধিকাংশ স্থলেই নিউমোককাস ও ইনফ্লুয়েঞ্জা ব্যাসিলাসের সংক্রমণও দৃষ্ট হয়। এরূপ স্থলে এই ভ্যাক্সিন ইঞ্জেকসনে সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায়।

মাত্রা :—১ বৎসরের নিম্ন বয়স্কদিগকে ০.১ সি, সি, হইতে যথাক্রমে ০.২, ও ০.৩ সি, সি, ; ১ বৎসর হইতে ২ বৎসর বয়স্কদিগকে ০.২ সি, সি হইতে যথাক্রমে ০.৪, ও ০.৮ সি, সি, ; ৩—৫ বৎসরে ০.৩ সি, সি, হইতে যথাক্রমে ০.৬, ১ সি, সি, ; ৫—১০ বৎসরে ০.৪ সি, সি, হইতে যথাক্রমে ০.৬, ১ সি, সি, এবং ১০ বৎসরের উর্দ্ধ বয়স্কদিগকে ০.৫ সি, সি, হইতে যথাক্রমে ১ সি, সি, মাত্রায় হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য।

(ঘ) হুপিংকফ ভ্যাক্সিন “দি” (Whooping Cough Vaccine “C”) :—ইহার প্রতি সি, সি,তে বোর্ডেট্ ব্যাসিলাস ৫০০ মিলিয়ন, ব্যাসিলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা ২৫০ মিলিয়ন, এবং নিউমোককাস ব্যাসিলাস ২০ মিলিয়ন থাকে।

মাত্রা :—৫ হইতে ৬ বৎসর বয়স্কদিগকে প্রথমতঃ ০.২ সি, সি, মাত্রায় ইঞ্জেকসন করিয়া, ২—৩ দিন অন্তর যথাক্রমে ০.৩, ০.৫, ০.৭ ও ১ সি, সি, মাত্রায় প্রযোজ্য। অন্তঃপর প্রয়োজন হইলে ১ সি, সি, মাত্রায় ইঞ্জেকসন বিধেয়। যে কোন মাত্রায় ইঞ্জেকসন দেওয়ার পর যদি

প্রতিক্রিয়াজনিত লক্ষণ উপস্থিত হয়, তাহা হইলে সপ্তাহান্তে পরবর্তী ইঞ্জেকসনে উক্ত মাত্রার অর্ধেক মাত্রায় ইঞ্জেকসন দেওয়া কর্তব্য।

(ঙ) পার্টুসিস ইমিউনোজেন (Pertussis Immunogen) :—এই ভ্যাক্সিনের প্রতি সি, সি,তে ২০০০ মিলিয়ন পার্টুসিস ব্যাসিলাস থাকে।

হুপিংকফের প্রতিবেশক ও চিকিৎসার্থ এই ভ্যাক্সিন উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়। বিশেষ প্রক্রিয়ায় ইহা প্রস্তুত হইয়া থাকে। তরুণ ও পুরাতন উভয় প্রকার পীড়াতেই ইহা বিশেষ উপকারী; পরন্তু এই ভ্যাক্সিন ইঞ্জেকসনে প্রায় কোন প্রতিক্রিয়াজ উপসর্গ প্রকাশ পায় না।

মাত্রা :—প্রথমতঃ ০.২৫ সি, সি, মাত্রায় আরম্ভ করিয়া পরবর্তী প্রত্যেক ইঞ্জেকসনে ০.২৫ সি, সি—হইতে ১.৫ সি, সি, পরিমাণ বৃদ্ধি করতঃ, ২ সি, সি, পর্য্যন্ত প্রযোজ্য। ৩৪ দিন অন্তর সাব্কিউটেনিয়াস ইঞ্জেকসন করিতে হয়।

(চ) পার্টুসিস ইমিউনোজেন কম্বাইণ্ড (Pertussis Immunogen Combined) :—এই ভ্যাক্সিনও বিশেষ প্রক্রিয়ায় প্রস্তুত হয়। ইহার প্রতি সি, সি,তে ব্যাসিলাস পার্টুসিস ২০০০ মিলিয়ন, ও ট্যাক্সিলোককাস অরিয়াস্ ও এলবাস ১০০০ মিলিয়ন থাকে। বোর্ডেট্ ব্যাসিলাস সহ যে স্থলে ট্যাক্সিলোককাস জীবাণুর সংক্রমণ দৃষ্ট হয়, সে স্থলে এই ভ্যাক্সিন বিশেষ উপকারী হইয়া থাকে। এই ভ্যাক্সিন ইঞ্জেকসনে শীঘ্রই প্রবল কাশির আবেগ এবং বমন নিবারিত হয়।

মাত্রা ও প্রয়োগ প্রণালী “ঙ” ভ্যাক্সিনের স্থায়।

(ছ) পার্টুসিস ভ্যাক্সিন অটোজেনাস (Pertussis Vaccine Autogenous) :—অনেক অভিজ্ঞ চিকিৎসক বলেন ‘হুপিংকফে

অটোভ্যারিন ২৫—৫০০ মিলিয়ন মাত্রায়, ইঞ্জেক্সন করিলে সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায়।

(৩) ঔষধীয় চিকিৎসা

Medicinal Treatment.

কাশির উষেগ ও শ্বাসকষ্ট দমনার্থ এন্টিসেপ্টিক ও আক্ষেপ নিবারক ঔষধের বাষ্প শ্বাসপথে প্রয়োগ করিলে, অনেক স্থলে সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায়। এতদ্ব্যতীত রোগীর গৃহের দরজা জানালা বন্ধ করিয়া রোগীকে শয্যায় শায়িত করণান্তর, রোগীর শয্যা মশারি দ্বারা আবৃত করিয়া দিতে হইবে। অতঃপর একটি ছোট্ট টোড বা ভোলা উল্লনের উপর মাথারী রকমের একটি টিন বা লোহার কেটলী জলপূর্ণ করিয়া বসাইয়া দিতে হইবে। জল বেশ ফুটিয়া উঠিলে তৎক্ষণাৎ ২৩ ড্রাম অয়েল ইউক্যালিপটাস্ ও ২৩ ড্রাম টিং বেঞ্জোইন্ কোঃ অথবা ক্রিয়োকোট এবং বেঞ্জোইন্ কোঃ প্রত্যেকে ২৩ ড্রাম করিয়া একত্রে মিশ্রিত করতঃ উক্ত ফুটিত জলে ঢালিয়া দিয়া ঢাকনাটি ভাল করিয়া আবদ্ধ করিয়া দিবে এবং কেটলীর নলটিতে ১টা লম্বা রবারের টীউব (যেমন ডুসে লাগান থাকে) লাগাইয়া, উহা মশারীর ভিতরে প্রবেশ করাইয়া ধরিয়া থাকিবে। ইহাতে কেটলী মধ্যস্থ বাষ্প মশারীর অভ্যন্তরে সঞ্চারিত হইবে। এই বাষ্প শ্বাসপথে রোগী গ্রহণ করিলে, উহাতে সমুদ্র উপকার হইয়া থাকে।

শ্বাসযন্ত্রের পীড়ায় যে সকল ঔষধ ব্যবহৃত হইয়া থাকে, এই পীড়াতেও সেই সকল ঔষধ সচরাচর ব্যবহার করা হয়। কিন্তু তাহাতে বিশেষ আশাভরূপ ফল পাওয়া যায় না। এই রোগে বরসানুযায়ী মাত্রায় বেলেডোনা ব্যবহার করা বাইতে পারে। এতদ্ব্যতীত এট্রোপিন্ সালফ্ ১/৫০০ গ্রেণ (২ বৎসর বয়স্ক রোগীর পক্ষে) মাত্রায়—আবশ্যকমত ৪ ঘণ্টান্তর অধঃষাটিক ইঞ্জেক্সন দিলে উপকার পাওয়া যায়। আবশ্যক বোধে এই মাত্রার দ্বিগুণ করতঃ ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধি করিতে পারা যায়। ইহাতে এট্রোপিন্ দ্বারা বিধাত হইবার আশঙ্কা নাই। কারণ, অল্পমাত্রায় ইহাতে শ্বিঁ ক্রিয়া প্রকাশ পায় না। এই পীড়ায় বেলেডোনাও

ত্রোমাইড্ একত্র প্রয়োগ করিলে অনেক স্থলে খুব ভাল ফল পাওয়া যায়। এতদ্ব্যতীত—

১। Re.

টিং বেলেডোনা	...	৫ মিনিম।
সোডি ত্রোমাইড	...	১ গ্রেণ।
জল	...	২ ড্রাম।

একত্র এক মাত্রা। ২ বৎসর বয়স্ক শিশুকে ৬ ঘণ্টান্তর প্রতি মাত্রা সেব্য। ক্রমশঃ বেলেডোনার মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া দ্বিগুণ মাত্রায় প্রয়োগ করা বাইতে পারে।

অনেক স্থলে ব্রোমোফর্ম (Bromoform) প্রয়োগে বেশ ফল পাওয়া যায়। ইহা নিম্নলিখিতরূপে ব্যবহৃত।

২। Re.

ব্রোমোফর্ম	...	১—২ মিনিম।
অয়েল এমিগড্যালি	...	২০ মিনিম।
লাইকর পটাশি	...	১ মিনিম।
একোয়া ক্লোরোফর্ম	...	১ ড্রাম।

একত্রে এক মাত্রা। ১—২ বৎসরের শিশুকে প্রত্যহ ৪ বার প্রয়োজ্য।

হৃদযন্ত্র পীড়ায় আরো নিদ্রা না হইলে বর্কিয়া বা অহিফেন ঘটাত ঔষধ আবশ্যক মত দিতে পারা যায়; কিন্তু সম্ভব মত এই ঔষধ না দেওয়াই ভাল; দিলেও খুব সতর্কতার সহিত দেওয়া উচিত।

অনেকে হৃদযন্ত্র পীড়ায় রোগীর প্রতি বৎসর বয়সে ১ গ্রেণ করিয়া এটিপাইরিন্ দিতে উপদেশ দেন এবং কোনও উপসর্গ প্রকাশ পাইবামাত্র উহা দিতে নিষেধ করেন। আমাদের মতে ইহা না দেওয়াই ভাল।

পীড়ায় শেষের দিকে যখন ব্রংকাইটিস্ থাকে না, তখন “বেঞ্জিল-বেঞ্জোয়েট” প্রয়োগে প্রায়ই অতি সুন্দর ফল পাওয়া যায়। ডাক্তার বেনেট্ এই ঔষধের ২০% পাসেণ্ট্ সল্যুশ্যন (Alcoholic Solution) ১০ বিন্দু মাত্রায় (২ বৎসর বয়স্ক শিশুর পক্ষে) চিকিৎসা পরিমাণ মিউসিলেজ সহ মিশ্রিত করতঃ ইমালশন করিয়া

(সর্বসমেত ১ ড্রাম) ৪ ঘণ্টান্তর ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া সেবন করিতে উপদেশ দেন।

এই পীড়ার বথন কোনও উপসর্গ থাকে না অথচ সামান্য কারণেই কাশির আক্ষেপ উপস্থিত হইয়া রোগীকে বিব্রত করিয়া তুলে, তখন ১/২—২ সি সি, পরিমাণ 'ঈথার'—থুটায়াল শৈথীতে গভীর ভাবে উপস্থাপন তিনদিন ইঞ্জেকসন দিলে বিশেষ উপকার হইয়া থাকে। এই ইঞ্জেকসন অত্যন্ত বেদনাদায়ক; সুতরাং নিত্যকাল আবশ্যক না হইলে ইহার প্রয়োগ নিষিদ্ধ। পুরাতন পীড়ায় বথন কাশির উষেগের কোনও উদ্দীপক কারণ বর্তমান থাকে না, অথচ সামান্য কারণেই কাশির আক্ষেপ উপস্থিত হয় তখন এই ঔষধ ব্যবহৃত হয়।

নিম্নলিখিত মিশ্রণটি হপিংকফে কলপ্রদরূপে ব্যবহৃত হয়।

১। Re.

এমন কার্ব	...	১ গ্রেণ।
টীং বেঙ্কোইন কোঃ	...	৭ মিনিম।
ক্রিয়োজোট	...	১/৪ মিনিম।
অয়েল ইউক্যালিপ্টাস...	...	১/৪ মিনিম।
মিউসিলেজ একেসিয়া	...	যথা প্রয়োজন।
ভাইনাম্ ইপিকাক	...	১২ মিনিম।
সিরাপ বাসক উইথটোলু	...	এও কণ্টিকারী...১৫ মিনিম।

একোয়া সিনামম্ ...এ্যাড্ ১/২ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। ৫ বৎসর বয়স্কদিগকে প্রতি মাত্রা প্রত্যহ ৩৪ ঘণ্টান্তর প্রযোজ্য।

নিম্নলিখিত ঔষধটিও কাশির আক্ষেপ দমনার্থ বিশেষ উপযোগী :—

(৫ বৎসরের বালকবালিকাদের জন্য)

২। Re.

পাট্রো-বেলি	...	১৫—২০ মিনিম।
সিরাপ, টোলু	...	১৫—২০ মিনিম।
একোয়া	...	এ্যাড্ ১/২ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা;—এইরূপ ৮ মাত্রা। প্রত্যহ ২৩ মাত্রা সেব্য।

হপিং কাশির আক্ষেপ নিবারণার্থ ইহা একটা শ্রেষ্ঠ ঔষধ।

কাশির আক্ষেপ দমন জন্য নিম্নলিখিত ঔষধটিও বিশেষ ফলদায়ক।

(৫ বৎসর বয়স্কদিগের জন্য)

৩। Re.

নিকান্ ড্রপ্	...	৫ মিনিম।
সিরাপ টোলু	...	২০ মিনিম।
একোয়া	...	এ্যাড্ ২ ড্রাম।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। প্রত্যহ ২৩ বার সেব্য।

শিশুর বয়স যত বড়, প্রতিমাত্রায় তত ফোঁটা “নিকান ড্রপ্” দেওয়া কর্তব্য। ইহাতে শব্দর কাশির আক্ষেপ দমিত হয়।

উপসর্গাদিহ্ন—চিকিৎসা

(১) রক্তস্রাব :—কাশির আক্ষেপ জন্য নানা বয়স হইতে রক্তস্রাব হইতে পারে। এরূপ হলে ক্যান্সিয়াম ল্যাক্টেট সেবন দ্বারা উপকার হয়। আবশ্যক হইলে এড্রিনালিন ক্রোরাইড্ সলিউশন্ অথবা হিমোগ্ল্যাটিন্ সিরাপ্ ইঞ্জেকসন্ দিলে উপকার হয়। তবে এইরূপ রক্তস্রাব বিরল। কখন কখন মফিয়া বা অহিফেন ঘটাত ঔষধ দ্বারাও রক্তপাত নিবারিত হয়। তবে সাধ্যমত ইহা ব্যবহার করা কর্তব্য নহে।

(২) শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্র সঙ্কীর্ণ উপসর্গ :—শ্বাস যন্ত্রের পীড়া; যথা—নিউমোনিয়া, ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া ইত্যাদি উপসর্গরূপে প্রকাশ পাইলে যথানিয়মে তাহাদের চিকিৎসা করিতে হইবে। ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া অতি সাংঘাতিক উপসর্গ।

(৩) উদরাময় :—হপিংকাশির দ্বারা আক্রান্ত ছেলেমেয়েদের মধ্যে এই উপসর্গ প্রায়ই দেখা যায়—বিশেষতঃ গ্রীষ্মকালে। এই উদরাময় প্রায়ই তীব্র প্রকৃতির হয়। বিশেষ যত্ন সহকারে ইহার চিকিৎসা করিবে। পথ্যাদির প্রতি তীক্ষ্ণদৃষ্টি রাখিবে। এরূপ হলে পাংলা হরলিক্‌স্ মল্টেড্ মিড্ অথবা এরোকট্ খুব ভাল

পথ্য। ঔষধার্থে লিকুইড্ এক্সট্রাক্ট্ অব্বেল্; বিস্‌মাথ্ ইত্যাদি দিবে।

(৪) কন্‌ভাল্‌সন্ বা আক্কেপ :—তড়কা বা স্তম্ভ স্নায়বীয় লক্ষণ সমূহ হঠাৎ প্রকাশ পাইলে, যথা নিয়মে চিকিৎসা করিবে। আক্কেপ নিবারণার্থ মাধার পীতল জলের খারা, বরফ প্রয়োগ, চোখে মুখে জলের ঝাপটা, পায়ে উষ্ণজলের শেক, স্বেলিং সন্ট্ অথবা এমিল্ নাইটেটের খাস কিম্বা কিঞ্চিৎ পরিমাণে ক্লোরোফর্ম্ কমালে মাথাইয়া শুকাইলে উপকার হয়।

পুনর্বর্তী চিকিৎসা

রোগ আরোগ্য হইবার পর সাধারণ স্বাস্থ্য উন্নতির

জন্ত কিছুদিন শুকস্থানে বায়ু পরিবর্তন উদ্দেশ্যে পাঠাইয়া দিবে। আয়রণ এবং আর্সেনিক সংযুক্ত টনিক ঔষধ সেবন জন্ত ব্যবহা করিবে।

এতদর্থে—জট্টেন্স্ সিরাপ্, এটকিন্স্ সিরাপ্ ক্যাবেল্ সিরাপ্, সিরাপ্ হীমোবিন্ উইথ্ আয়রণ্ এণ্ড আর্সেনিক্ অথবা সিরাপ্ হীমোজেন্ সেবন করিতে দিবে। ভাইটামিন্ যুক্ত পথ্যাদির ব্যবহা করিবে। ‘হরলিক্স্ খুব ভাল পথ্য—ইহা দীর্ঘকাল ধরিয়া পান করিতে উপদেশ দিবে।

রোগনির্ণয় তত্ত্ব—Diagnosis.

ম্যালেরিয়া এর নির্ণয়ের নূতন পরীক্ষা-প্রণালী

লেখক—ডাঃ ব্রীসতীভূষণ মিত্র B. Sc. M. B.

মেম্বর অব স্টেট মেডিক্যাল ক্যাকাল্টি (বেঙ্গল)
কলিকাতা

—:~::~:—

অনেক সময় ম্যালেরিয়ার সংক্রমণে রোগীর রোগ-লক্ষণাদি এরূপ বিসদৃশ আকার ধারণ করে যে, রক্ত পরীক্ষা ব্যতীত সঠিকভাবে রোগ নির্ণয় অসম্ভব হয়। কিন্তু স্থান বিশেষে—বিশেষতঃ, মক্‌স্‌লের অধিকাংশ স্থলেই রক্তপরীক্ষার সুবিধা হইতে পারে না। ইহার ফলে, অধিকাংশ সাংঘাতিক ম্যালেরিয়াক্রান্ত রোগীই ভ্রান্ত চিকিৎসার বশবর্তী হইয়া মৃত্যুমুখে পতিত হয়। এরূপ স্থলে রক্তপরীক্ষা ব্যতীত যদি অন্য কোন সহজসাধ্য উপায়ে ম্যালেরিয়া নির্ণীত হইতে পারে, তাহা হইলে

সকলের পক্ষেই—বিশেষতঃ, পল্লীচিকিৎসকগণের পক্ষে বিশেষ সুবিধা হইবে সন্দেহ নাই।

সম্প্রতি অমৃতসহরের মেডিক্যাল কলেজের প্রফেসর Dr. Janait sing M. D. D. P. H. M. R. C. P. (Ed) এইরূপ একটা সহজসাধ্য পরীক্ষা-প্রণালীর বিষয় প্রকাশ করিয়াছেন। এস্থলে ইহার সার মর্ম উদ্ধৃত হইল।

“জীবিতাযুগ্ম মালুয়ের লাল রক্তকণিকাগুলি (Red cells) সর্বদা ধ্বংসপ্রাপ্ত হইতেছে। এই ধ্বংসপ্রাপ্ত লাল কণিকাগুলির হিমোগ্লোবিন দুইভাগে বিভক্ত হইয়া

হিমাটিন (hæmatin) এবং গ্লোবিনে (globin) পরিবর্তিত হইয়া থাকে। হিমাটিন আবার দুইভাগে বিভক্ত হয়। যথা—

(১) হিমোসাইডেরিন (Hæmosiderin) :—

হিমাটিনের লৌহ অংশ (Iron containing part) ইহাতে বিদ্যমান থাকে। এই অংশ হইতে পুনরায় হিমোগ্লোবিনের সৃষ্টি হয়।

(২) হিমাটোয়েডিন (Hæmatoidin) —

ইহাতে লৌহের অংশ থাকে না। এই হিমাটোয়েডিন—বিলিরুবিন (Bilirubin) ও ইউরোবিলিন (Urobilin) রূপে পরিবর্তিত হইয়া প্রস্রাব সহকারে বাহির হইয়া যায়। অধিকাংশ বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের মতে—পিত্তের বর্ণক পদার্থ (Bile pigments) বৃহৎ অন্ত্রে (Large intestine) স্টার্কোবিলিন (Stercobilin) এবং ইউরোবিলিনে (Urobilin) পরিবর্তিত হইয়া, স্টার্কোবিলিন মলের সঙ্গে বহির্গত এবং ইউরোবিলিন রক্তে শোষিত হইয়া যায়। অনেকের মতে ইহা বিশ্বাসযোগ্য যে, “ইউরোবিলিন রক্ত স্রোতে চালিত হইয়া পুনরায় যকৃতে উপস্থিত হয় এবং এখানে উহার অধিকাংশ পিত্তের বর্ণক পদার্থে পরিণত হয় এবং অত্যন্ত অংশ প্রস্রাবসহ বহির্গত হইয়া যায়। প্রস্রাবে ইহার এই পরিমাণরতা হেতু প্রস্রাব পরীক্ষায় সহজে ইহার অস্তিত্ব নির্ণয় করা যাইতে পারে না। কিন্তু যদি রক্তের লাল কণাসমূহ অধিক পরিমাণে ধ্বংস হইতে থাকে, তাহা হইলে ইউরোবিলিনের পরিমাণাধিক্য ঘটায়, প্রস্রাবেও উহা অধিক পরিমাণে নির্গত হয় সুতরাং প্রস্রাব পরীক্ষায় সহজেই ইউরোবিলিনের অস্তিত্ব নিরূপিত হইতে পারে।

“ম্যালেরিয়া (Malaria); সাংঘাতিক রক্তহীনতা (Pernicious anæmia); আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব (Internal hæmorrhage); এবং এন্টিফেব্রিন, এন্টিপাইরিন, পটাশ ক্লোরেট প্রভৃতি ঔষধ অথবা সেবনের ফলে বিষাক্ততায় এবং যকৃতের পীড়া প্রযুক্ত যকৃতে ইউরোবিলিন পিত্তের বর্ণক পদার্থে পরিবর্তিত হইতে না

পারিলে, প্রস্রাব সহকারে উহার অধিকাংশই অনেক স্থলে সমুদয় অংশই) বহির্গত হইতে থাকে। সুতরাং প্রস্রাবে ইউরোবিলিনের পরিমাণাধিক্য হওয়ায় প্রস্রাব পরীক্ষায় ইউরোবিলিন পাওয়া যায়।”

ম্যালেরিয়া জ্বর নির্ণয়ে ইউরোবিলিন পরীক্ষার উপযোগিতা :—জ্বর হইলে প্রস্রাবে যদি ইউরোবিলিন পাওয়া যায়, তাহা হইলে নিঃসন্দেহে বুঝিতে হইবে যে, রোগীর ম্যালেরিয়া জ্বর হইয়াছে। পরীক্ষা দ্বারা প্রমাণিত হইয়াছে যে, ম্যালেরিয়া জ্বরে যে রূপ পরিমাণে লাল রক্তকণিকা বিনষ্ট হয়, এরূপ আর কোন প্রকার জ্বরেই হয় না। টাইফয়েড ফিভার, যক্ষ্মা, মাণ্টাফিভার, স্ফটিকাজ্বর প্রভৃতি জ্বরে প্রস্রাবে ইউরোবিলিন পাওয়া যায় না। ম্যালেরিয়া জ্বরে রক্তের লালকণিকা অত্যধিক পরিমাণে বিনষ্ট হওয়ায়, প্রস্রাবে অধিক পরিমাণে ইউরোবিলিন নির্গত হয়। সুতরাং প্রস্রাবে ইউরোবিলিন নির্গমন যে, ম্যালেরিয়া নির্ণয়ের একটা প্রধান ও বিশ্বাসযোগ্য নিদর্শন, তাহাতে কোন সন্দেহ নাই। বহু সংখ্যক রোগীর জ্বর এইরূপ পরীক্ষায় ম্যালেরিয়া বলিয়া নির্ণীত হইয়াছে। কয়েকটা রোগীর বিবরণ এস্থলে উল্লিখিত হইল।

প্রথম রোগী :—রোগী একজন ডাক্তার। বয়স ত্রিশ বৎসর মাত্র। তিনি সাতদিন যাবৎ অবিরাম জ্বরে ভুগিতেছিলেন। তাহার শারীরিক উত্তাপ ১০২ ডিগ্রী হইতে ১০৪ ডিগ্রী পর্যন্ত উঠিত। তাহার চিকিৎসা টাইফয়েড জ্বর বলিয়া করা হইয়াছিল। কিন্তু প্রস্রাব পরীক্ষায় ইউরোবিলিন পাওয়া যাওয়ায়, তাহার ম্যালেরিয়া জ্বর হইয়াছে বলিয়া ঠিক করা হয়। এমতাবস্থায় রোগীকে ঠিক মত কুইনাইন প্রয়োগে তাহার জ্বর দুই দিনে উপশমিত হইয়াছিল।

দ্বিতীয় রোগী :—একটা সাত বৎসরের বালক। বালকটি ছয়দিন যাবৎ জ্বরে ভুগিতেছিল। শারীরিক উত্তাপ ১০৩ ডিগ্রী হইতে ১০৫ ডিগ্রী পর্যন্ত

উত্তিত। টাইফয়েড অর বলিয়া তাহার চিকিৎসা করা হয়। কিন্তু প্রসাবে ইউরোবিলিন প্রাপ্তে তাহার অর ম্যালেরিয়াজনিত বলিয়া নির্ণীত হয়। ইহাকে নিরূপিত ভাবে কুইনাইন প্রয়োগ করার দুই দিনের মধ্যে রোগীর অর আরোগ্য হইয়াছিল।

তৃতীয় ক্রোণী ১:—একটি পাঁচ বৎসরের বালিকা। এই বালিকাটি কুড়ি দিন বাবৎ একজরে ভুগিতেছিল। ইহার শারীরিক উত্তাপ ১০২ হইতে ১০৪ ডিগ্রী পর্যন্ত উত্তিত। অরের সঙ্গে ব্রুকাইটিসের লক্ষণাদি বিস্তারিত ছিল। অধিকন্তু টাইফয়েডের চিকিৎসা করা হইতেছিল। অতঃপর প্রসাবে ইউরোবিলিন পাওয়ার ম্যালেরিয়া অর সিদ্ধান্ত করতঃ কুইনাইন প্রয়োগ করা হয়। ইহাতে তাহার উত্তাপ দুই দিনের মধ্যে স্বাভাবিক হইয়াছিল।

চতুর্থ ক্রোণী ১:—রোগী জনৈক স্ত্রীলোক; বয়ঃক্রম ২৬ বৎসর। প্রসবের পর তৃতীয় দিনে ইহার অর হয়, শারীরিক উত্তাপ ১০০ ডিগ্রী পর্যন্ত উত্তিত। এইরূপ অবস্থার রোগিনী প্রসবাত্তিক জরে (Puerperal fever) আক্রান্ত হইয়াছে বলিয়া, তদনুযায়ী চিকিৎসা করা হইতে থাকত। অরের তৃতীয় দিনে তাহার প্রসাব পরীক্ষায় দেখা গেল যে, প্রসাবে ইউরোবিলিন (urobilin) রহিয়াছে। সুতরাং তাহাকে ম্যালেরিয়ার চিকিৎসা করাইবার পর সে আরোগ্য লাভ করিয়াছিল।

পঞ্চম ক্রোণী ১:—রোগী একজন ছাত্র। তিন দিন বাবৎ জরে ভুগিতেছিল। তাহার প্রসাব পরীক্ষায় দেখা গেল যে, তাহাতে ইউরোবিলিন রহিয়াছে। অধিকন্তু, তাহার রক্ত পরীক্ষায় ম্যালিগ্‌ভ্যান্ট টার্নিসিয়ান্, প্যারাসাইট (malignant tertian parasite) প্রাপ্তে তাহার ম্যালেরিয়া অর হইয়াছে বলিয়া স্থিরীকৃত হয়। বধারীতি কুইনাইন প্রয়োগে রোগী আরোগ্য হইয়াছিল।

ষষ্ঠ ক্রোণী ১:—রোগী জনৈক বালক। বয়ঃক্রম আট বৎসর। বামকটি সাত দিন বাবৎ অবিরাম জরে ভুগিতেছিল। শারীরিক উত্তাপ ১০৪ ডিগ্রী হইতে ১০৬ ডিগ্রী পর্যন্ত

হইত। তাহার প্রসাব পরীক্ষায়—ইউরোবিলিন পাওয়া যায় নাই। সুতরাং রোগী ম্যালেরিয়া আক্রান্ত নহে বলিয়া সিদ্ধান্ত করতঃ ডিডাল্ টেষ্ট (Widal test) করা হয়। ইহাতে পজিটিভ ফলাফল জানা গেল যে, তাহার টাইফয়েড অর হইয়াছে। দুই মাস চিকিৎসা করার পর রোগী আরোগ্য লাভ করিয়াছিল।

পরীক্ষা দ্বারা এইরূপ অনেক দৃষ্টান্ত পাওয়া গিয়াছে—বাহাদুর প্রসাব পরীক্ষায় ইউরোবিলিন প্রাপ্তিতে রোগ নির্ণয়ের এবং চিকিৎসার অনেক সহায়তা হইয়াছে। নিউরোনিয়া রোগে প্রসাবের ইউরোবিলিন টেষ্টে খুব কমই পজিটিভ প্রতিক্রিয়া পাওয়া যায়। কিন্তু তরুণ ম্যালেরিয়া আক্রান্ত রোগীর জ্বর পাওয়া যায় না। টাইফো-ম্যালেরিয়ায় রোগীর তিন চারি দিন কুইনাইন চিকিৎসার পর প্রসাব পরীক্ষায় দেখা গিয়াছে যে, তাহাতে ইউরোবিলিন নাই। পরিশেষে তাহার অরের পতি টাইফয়েড অরের জ্বর হইয়াছে।

তরুণ ম্যালেরিয়া জরে জ্বর ত্যাগের পর এক হইতে তিন দিন বাবৎ প্রসাবে ইউরোবিলিন নির্গত হইতে দেখা গিয়াছে। লাহোরের সেন্ট্রাল জেলে ৬৮টি জরের রোগী পরীক্ষা করা হয়। তাহাতে বত গুলি রোগীর ম্যালেরিয়া অর বলিয়া প্রতিপন্ন হইয়াছিল, তাহাদের সকলের প্রসাবেই ইউরোবিলিন পাওয়া গিয়াছিল।

প্রসাবে ইউরোবিলিন পরীক্ষা (Test for detection of urobilin in urine)

নানা উপায়ে প্রসাবস্থ ইউরোবিলিন এর অস্তিত্ব নিরূপণ করা বাইতে পারে। ইহাদের মধ্যে দুইটি সহজসাধ্য পরীক্ষা-প্রণালী এখানে উল্লিখিত হইল।

(১) প্রথমতঃ শতকরা ৫০ ভাগ (৫০%) হাইড্রোক্লোরিক এসিডে, প্যারাসাইটাইমিডিন এসিডে

ম্যাাজোবেঞ্জোলডিহাইড - (Para-Dimethylamino-azobenzoldehyde) এর ৩% পাসেন্ট সলিউশন প্রস্তুত করিতে হইবে। তারপর, একটি টেষ্ট টিউবে ৫ সি, সি, পরিমাণ প্রস্রাব লইয়া, উহাতে এই সলিউশন ৫ ফোঁটা মিশ্রিত করিলে, যদি তৎক্ষণাৎ কিম্বা অন্ততঃ ৫ মিনিটের মধ্যে প্রস্রাব লালবর্ণ হয়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, প্রস্রাবে ইউরোবিলিন আছে।

(২) প্রথমতঃ এবসলিউট এলকোহলে জিঙ্ক এসিটেটের চূড়ান্ত দ্রব (Saturated Solution of zinc acetate in absolute alcohol) এবং লুগল'স আয়োডিন দ্রব প্রস্তুত করিতে হইবে। (আয়োডিন ৫ গ্রাম, পটাশ আয়োডাইড ১০ গ্রাম, এবং পরিস্রুত জল ১০০ সি, সি, একত্র মিশ্রিত করিলে লুগল'স আয়োডিন (Lugol's Iodine) প্রস্তুত হয়।) অতঃপর একটি টেষ্ট টিউবে ৫ সি, সি, প্রস্রাব লইয়া, উহাতে ২ ফোঁটা লুগল'স আয়োডিন মিশ্রিত করতঃ, উহাতে উল্লিখিত জিঙ্ক এসিটেটের স্ট্রাচুরেটেড সলিউশন ৫ সি, সি, যোগ করিয়া উত্তমরূপে মিশ্রিত করিতে হইবে। তারপর, এই মিশ্র ফিল্টার করিলে, যদি এই ফিল্টার করা দ্রব সবুজ বর্ণ বিশিষ্ট দেখা যায়, তাহা হইলে প্রস্রাবে ইউরোবিলিন আছে, বুঝিতে হইবে।

উল্লিখিত পরীক্ষা দুইটা দ্বারা মোটামুটিভাবে প্রস্রাবে ইউরোবিলিনের বিদ্যমানতা স্থিরীকৃত হয়। পরীক্ষাগারে স্পেকট্রোস্কোপ (Spectroscope) যন্ত্র দ্বারা প্রস্রাবস্থ ইউরোবিলিন পরীক্ষা করা হইয়া থাকে। কিন্তু সাধারণ

চিকিৎসকের পক্ষে ইহা সুবিধাজনক নহে এবং ইহার প্রয়োজনও করে না। অনেকের ধারণা—কুইনাইন ব্যবহারে লাল রক্তকণা ধ্বংস হওয়ায়, প্রস্রাবে ইউরোবিলিন নির্গত হইয়া থাকে; কিন্তু ইহা ভুল ধারণা। কুইনাইন নিজে লাল কণিকা বিনষ্ট করে না—ম্যালেরিয়া জীবাণু কর্তৃকই লাল রক্তকণিকা ধ্বংস প্রাপ্ত হইয়া থাকে। সুতরাং অরাক্ত কুইনাইন সেবী রোগীর এবং যে সকল অরাক্ত রোগীর রক্তে ম্যালেরিয়াল প্যারাসাইটস পাওয়া দুর্গট হয়, সেই সকল রোগীর প্রস্রাবে ইউরোবিলিন নির্গত হইলে নিঃসন্দেহে বুঝিতে হইবে যে, রোগী ম্যালেরিয়া অরে সংক্রমিত হইয়াছে এবং এই সঙ্গে তাহার বক্ততের ক্রিয়াবিকার বর্তমান আছে।

সারসংক্ষেপ (Summary)

- (১) অরাক্ত রোগীর প্রস্রাবে ইউরোবিলিন পাওয়া গেলে অধিকাংশ স্থলেই বুঝিতে হইবে যে, রোগীর ম্যালেরিয়া জর হইয়াছে।
- (২) যে সকল অরাক্ত রোগীকে কুইনাইন প্রয়োগ করা হইয়াছে এবং আত্মবীক্ষণিক রক্ত পরীক্ষায় বাহাদের রক্তে ম্যালেরিয়াল প্যারাসাইট পাওয়া যায় নাই, তাহাদের প্রস্রাবের ইউরোবিলিন পরীক্ষা করা অবশ্য কর্তব্য।
- (৩) যে কোন অরাক্ত রোগীর প্রস্রাবে ইউরোবিলিন আছে কি না, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্তব্য। (I. M. G. July 1930)

রোগনির্ণয়ে দুঃসাধ্যতা—Difficulty in Diagnosis.

লেখক—ডাঃ শ্রীধরশীলজ্ঞান শীল বিশ্বাস

মেডিক্যাল অফিসার পূর্ণেন্দু ডিম্পেন্সারী, জয়নগর (ময়মনসিংহ)

(পূর্ব প্রকাশিত ৭ম সংখ্যার (কার্তিক) ৩৬২ পৃষ্ঠার পর হইতে)



এই অর ও হাতের ক্ষীতি ১০ দিন ছিল। তারপর দুই মাস রোগী ভাল থাকে। কিন্তু দুইমাস পরে আবার অর ও হাত ক্ষীত হয়। এইরূপ ভাবে ক্রমে ৩৪ বার অর ও হাত ক্ষীত হওয়ায়, তাহার মনে বিশেষ সন্দেহ হয়। তখন উক্ত ডাক্তারের (যিনি ইঞ্জেকসন দিয়াছিলেন) পরামর্শ মত অত্র ডাক্তারের দ্বারা চিকিৎসা করা হয়। উক্ত ডাক্তার বাবু বলিয়াছিলেন যে, “এরূপ ইঞ্জেকসনে অনেকেরই ২।১ ফোঁটা ঔষধ শিরার বাহিরে পড়িয়া থাকে; কিন্তু তাহাতে ইঞ্জেকসনের স্থান ক্ষীত হইলেও, উহা কমিয়া যায় এবং ফুলা কমিয়া আবার এরূপ ফুলিতে দেখি নাই। তুমি অত্র উহার প্রতিবিধানের চেষ্টা কর।” ইহাতে রোগী অত্র একজন ডাক্তারের স্মরণাপন্ন হয়। তিনি পুনঃ পুনঃ অর ও হাত ইত্যাদি দেখিয়া, প্রথমতঃ ম্যালেরিয়া ও পরে ফাইলেরিয়ার চিকিৎসা করেন। ইহাতেও যখন কোন ফল হইল না, তখন রোগী আমার নিকট আসে। পূর্ববর্তী ডাক্তার বাবু রোগীকে নিজ ব্যবসায়ের কাজ করা নিষেধ করিয়া বলিয়াছিলেন যে, হাতুড়ী দ্বারা কাজ করার জন্তই এরূপ হইয়াছে ও হইতেছে। বলা বাহুল্য, এই কথাতোও রোগী অস্বীকার স্থাপন করিতে পারে নাই।

সিদ্ধান্তঃ আমি এই প্রকার অবস্থা গুলিয়াও দেখিয়া কিছুই বুঝিতে পারিলাম না। তবে পূর্বে কালাজর হইয়াছিল এবং এখনও ২ ইঞ্চি প্রীহার বৃদ্ধি

দেখিয়া, আমি রক্তপরীক্ষা করা সম্ভব বিবেচনা করিলাম। কিন্তু ফরমালিন এবং ইউরিনা টিভামাইন টেস্ট করিয়াও কোন পরিবর্তন দৃষ্ট হইল না—রক্ত পরীক্ষার ফল নেগেটিভ হইল। তখন আরও চিন্তিত হইলাম। ম্যালেরিয়ার চিকিৎসায় কোন ফল হয় নাই জানিয়া, এবং রক্তপরীক্ষার ফল নেগেটিভ হইলেও, কালাজর বলিয়াই আমার কেমন সন্দেহ হইল। এই সন্দেহক্রমে ইউরিনা টিভামাইন ইঞ্জেকসন দিতে মনস্থ করিলাম।

১৭।২।২৯—অত্র প্রথমে ইউরিনা টিভামাইন ০.০৫ গ্রাম মাত্রায়, উক্ত ফুলা হাতেই ইঞ্জেকসন দিলাম এবং দুই দিন পরে আবার আসিতে বলিলাম। কোষ্ঠ পরিষ্কার করণার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম। যথা:—

১। Re.

ক্যালোমেল ... ৪ গ্রেণ।

সোডি বাইকার্ব ... ১০ গ্রেণ।

একত্রে এক মাত্রা। রাত্রে শয়নকালীন জলসহ সেব্য।

১৯।২।২৯—অত্র হাতের ফুলা একেবারেই নাই। অর ৯৯. ডিগ্রী। গত পরগু দিনে ২ বার ও গত কল্য একবার দান্ত হইয়াছে। আজ যোগী বলিল যে, ২।৩ মাস অন্তর নাসিকা দিয়া রক্তস্রাব হয় এবং গত রাত্রেও সামান্য রক্ত পড়িয়াছে। অত্র নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইল।

২। Re.

ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট ... ৭ গ্রেন।

একমাত্র। প্রতি মাত্রা ৬ ঘণ্টাস্তর, প্রত্যহ ২ বার সেব্য।

অন্তঃ ইউরিয়া টিভামাইন ০.১০ গ্রাম মাত্রায় ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

২৭।২।২৯—অন্তঃ ৯২.৩ ডিগ্রী। অতঃ কোন উপসর্গ নাই। অতঃ ইউরিয়া টিভামাইন ০.১৫ গ্রাম মাত্রায় ইঞ্জেকসন ও ২নং ঔষধ পূর্ববৎ সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া হইল।

২৭।২।২৯—অতঃ কোন উপসর্গ দেখিলাম না। অতঃ ১০০ ডিগ্রী। অতঃ ০.২০ গ্রাম ইউরিয়া টিভামাইন ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

৩।৩।২৯—অতঃ ৯২.২ ডিগ্রী। উত্তাপ ইহার নীচে না নামায় চিন্তিত হইলাম। বিশেষতঃ, রোগী বলিল—হাত ফুলা কমার সঙ্গে সঙ্গে অত্যন্তবার অতঃ কমিয়া বাইত।

অতঃ প্রথম দিবসের জায় একমাত্র ক্যালোমেল দিয়া, ইউরিয়া টিভামাইন ০.২০ গ্রাম মাত্রায় ইঞ্জেকসন দিলাম।

এইরূপে উক্ত মাত্রায় ৩ দিন অন্তর ১টা এবং ১ দিন অন্তর আরও ২টা ইউরিয়া টিভামাইন ইঞ্জেকসন দিলাম। কিন্তু অতঃ ৯২ ডিগ্রীর নীচে নামিতে দেখা গেল না। কোন প্রতিক্রিয়াও (reaction) লক্ষিত হইল না। সুতরাং রোগীর যে এই ঔষধ সহিয়া গিয়াছে, তাহাই মনে হইল। সুতরাং অতঃ কোন এন্টিমনি টার্ট সলিউশন প্রয়োগ করা কর্তব্য মনে করিলাম।

৯।৩।২৯—অতঃ নিম্নলিখিত ঔষধ ইঞ্জেকসন করিলাম।

৪। Re.

সোডি এন্টিমনি টার্ট সলিউশন ২% ... ২ সি, সি,।
ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

ঐ দিন বিকালে গিয়া দেখিলাম—অতঃ ১০২ ডিগ্রী।
তুনিলাম—ইঞ্জেকসনের এক ঘণ্টা পরেই শীত করিয়া অতঃ আসিয়াছিল।

১০।৩।২৯—অতঃ নাই। অতঃ পুনরায় ৪নং ঔষধ ইঞ্জেকসন করা হইল এবং সেবনার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

৫। Re.

ফেরি এট কুইনাইন সাইট্রাস্	৫ গ্রেন।
টাং নক্সভমিকা	৫ মিনিম।
লাইকর আর্সেনিক হাইড্রোক্লোর	৩ মিনিম।
মিসারিং ...	... ১২ ড্রাম।
ডল ...	... এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। আহারের পর প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।
ইহার পর আরও ১ টা সোডি এন্টিমনি টার্ট ইঞ্জেকসন দেওয়া হইয়াছিল। রোগীর আর অতঃ হয় নাই। অতঃবধি রোগী ভাল আছে। ইহার মধ্যে অতঃ বা হাত ফুলে নাই। শীত ও স্বাভাবিক হইয়াছে। বর্তমানে রোগীর শরীর বেশ জটপুষ্ট হইয়াছে।

অন্তঃ ৪—রোগীর যে কালাজর হইয়াছিল তাহাতে সন্দেহ নাই। কিন্তু এতগুলি ইউরিয়া টিভামাইন ইঞ্জেকসন দেওয়া সত্ত্বেও কেন যে উপকার হয় নাই, তাহা ভাবিবার বিষয়; পক্ষান্তরে, সামান্য একটা এন্টিমনিতেই যে ফল পাইলাম, তাহাও আশ্চর্যের কথা। আর এইরূপ হাত ফুলা হইয়া অতঃ আসার কারণই বা কি? রক্ত পরীক্ষায় নেগেটিভ হওয়ারই কারণ কি? অথচ সোডি এন্টিমনি টার্ট ইঞ্জেকসনে ফল হইল। তবে অনেক স্থলে এন্টিমনি কম্পাউন্ড ইঞ্জেকসনের পর ফরমালিন ও ইউরিয়া টিভামাইন পরীক্ষায় পেরিফারেল রক্তের সিরামের কোন পরিবর্তন দেখা যায় না। হাত ফুলার সঙ্গে কালাজরের সম্বন্ধ থাকার কারণ কিছুই বুঝা গেলনা। আশা করি পাঠক বর্গের মধ্যে এই রোগীর হাত ফুলার যুক্তি পূর্ণ কারণ চিকিৎসা-প্রকাশের মারফত জানাইলে বাধিত হইব।



পাকাশয়িক ক্ষতে—য়্যালকালাইন (ক্ষার) চিকিৎসা
(Alkaline treatment in gastric ulcer)

By Dr. M. A. Krishna Iyer Medical Officer.

Paderon.

—:~:—

পাকাশয়িক ক্ষত অতীব সাংঘাতিক পীড়া। সাধারণতঃ ইহা অস্ত্রোপচার্য পীড়ার পর্যায়ভুক্ত বলিয়া কথিত হইয়া থাকে। কিন্তু অস্ত্রোপচার (operation) বিপদশূন্য নহে। আমি অনেক গুলি রোগীকে য্যালকালাইন চিকিৎসা করিয়া সন্তোষজনক ফল পাইয়াছি। একটী রোগীর বিবরণ এখানে উল্লিখিত হইল।

রোগী :- জনৈক ব্রাহ্মণ; বয়ঃক্রম ৪০ বৎসর। গড়গম্ভীর অফিসের ক্লার্ক। গত ৩৪ বৎসর হইতে রোগীর পাকস্থলীর ক্ষতের বিশেষ লক্ষণ সমূহ উপস্থিত হইয়াছে। আহারের পরই পেটে অসহ্য বেদনা হওয়ায়, রোগী বেদনার ভয়ে কোন খাদ্যই ভক্ষণ করিতে পারেন না। যথোচিত খাদ্য গ্রহণ করিতে না পারায় রোগী শীর্ণ ও রক্তহীন হইয়া পড়িয়াছেন। কয়েকবার হস্পিটালের ঔষধ সেবন করিয়াছিলেন, কিন্তু তাহাতে সাময়িক উপকার ভিন্ন স্থায়ী উপকার হয় নাই। রোগীর কয়েক বন্ধু বন্ধু তাঁহাকে অল্প চিকিৎসা করাইতে পরামর্শ দিয়াছিলেন, কিন্তু রোগী

তাঁহাতে সন্মত হন নাই। এক দিন রোগী আমার সহিত সাক্ষাৎ করিয়া “অস্ত্রোপচার ভিন্ন এই পীড়ার ঔষধীয় চিকিৎসা আছে কি না” জিজ্ঞাসা করেন। আমি তাঁহাকে বলি যে, তিনি যদি আমার নির্দিষ্ট নিয়মাবলীসারে চলিতে সক্ষম হন, তাহা হইলে আমি চেষ্টা করিয়া দেখিতে পারি এবং য্যালকালাইন চিকিৎসায় ফল হওয়ার সম্ভাবনার বিষয়ও তাহাকে বিদিত করাই। রোগী আমার উপদেশ মত চলিতে স্বীকৃত হইলেন।

অতঃপর সেবনার্থ তাঁহাকে নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

সোডি বাইকার্ব ... ২ ড্রাম।

বিসমাথ কার্ব ... ২ ড্রাম।

ম্যাগ্ন কার্ব (পণ্ড) ... ২ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। জলের সহিত উত্তমরূপে মিশ্রিত করিয়া প্রতি মাত্রা আহারের আধ ঘণ্টা

পরে সেব্য। প্রত্যহ এইরূপ জাবোঃ ৪ বার সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

খাদ্য সম্বন্ধে নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

(৩) প্রত্যেকবার অন্ততঃ ১০ আউন্স দুগ্ধ সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া হইল। প্রত্যহ এইরূপ পরিমাণ দুগ্ধ ৫ বার খাইতে বলিলাম।

৩য় দিবসে ৫—উল্লিখিত ঔষধ ও পথ্য ৩ দিন সেবনের পর ওনিলাম যে, উক্ত ঔষধ সেবনের ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই বেদনা উপশমিত হইয়া ছিল। অল্প রোগী অত্যন্ত ক্লান্তি বোধ করিতেছেন। অল্পও পূর্কোক্ত ১নং ঔষধ বধারীতি সেবনের ব্যবস্থা দিয়া মধ্যাহ্নে, অল্প ভাত ও দুগ্ধ এবং অপর বেলা প্রথম দিনের ত্রায় কেবল দুগ্ধ খাইবার ব্যবস্থা দিলাম।

৬ম দিবসে ৫—রোগীর অবস্থা অনেক উন্নত হইয়াছে। আহ্বারের পর একদিনও বেদনা উপস্থিত হয় নাই। অল্প দুগ্ধের পরিবর্তে গোল মরিচের গুড়া দিয়া দুই বেলাই ভাত ব্যবস্থা করা হইল। ঔষধ পূর্ববৎ।

১১শ দিবসে—রোগীর সাধারণ আহ্বাৰ্য্য অল্প পরিমাণে ব্যবস্থা করা হইল। অল্প হইতে ১নং ব্যবস্থোক্ত ম্যাগ কার্কের মাত্রা হ্রাস করিয়া দিলাম। কারণ, রোগীর তরল দান্ত হইতেছিল।

১১শ দিবসে—পর হইতে খাদ্য সম্বন্ধে সমুদয় বিধি নিবেশ পরিভ্যাগ করিয়া সাধারণ আহ্বাৰ্য্য গ্রহণের উপদেশ দেওয়া হইল। সেবনার্ধ উল্লিখিত ঔষধ নিম্নলিখিতরূপে ব্যবস্থা করিলাম—

Re.

সোডি বাইকার্ক ... ১ ড্রাম।

বিসম্মাধ কার্ক ... ১ ড্রাম।

ম্যাগ কার্ক ... ১ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। জলের সহিত উন্নতরূপে মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

এই ঔষধ আরও ১৫ দিন সেবন করান হইয়াছিল। পূর্ববর্তী কোন রোগ লক্ষণ বা বেদনা বর্তমান ছিল ন বা কোন দিনও উপস্থিত হয় নাই। রোগীর শরীর সম্পূর্ণ সুস্থ ও স্বাস্থ্য সম্পন্ন হইয়াছে। এক বৎসর অতীত হইয়াছে, রোগী বেশ ভালই আছেন। রোগী প্রকাশ করিয়াছিলেন যে, চিকিৎসা আরম্ভ করার পর হইতেই উপকার উপলব্ধি হইয়াছিল। বর্তমানে রোগীর শরীর দৃষ্টপূর্ণ ও ওজন বৃদ্ধি হইয়াছে।

সম্ভবতঃ ৫—ইহার পর আমি আরও ৬টা গ্যাট্রিক আল্‌নারের রোগীকে উল্লিখিতরূপে চিকিৎসা করিয়াছি। সমুদয় রোগী এই চিকিৎসায় আরোগ্য হইয়াছে।

A. T. C. August 1930.

পুরাতন মেহরোগে-সিলভার নাইট্রেট

লেখক—ডাক্তার শ্রীমন্মথনাথ পালশি I. M. F.

আর, কে, তপোবন হস্পিটাল, হিমালয়।

—:~::~:—

মেহরোগ বা গণোরিয়া একটা দুঃসাধ্য ব্যাধি। প্রথম হইতে সুরচিকিৎসা না হইলে শেষে আরোগ্য হওয়া খুবই কঠিন হয়। আধুনিক চিকিৎসার ক্রমে একটা পুরাতন গণোরিয়া রোগী আরোগ্য হইয়াছে, তাহার বিবরণ নিয়ে প্রদত্ত হইল।

রোগী ৫—জন্মক ৩৫ বৎসর বয়স্ক যুবক। গত ২৫ বর্ষ (১৯০০) নিম্নোক্ত লক্ষণ সহ এই রোগী হস্পিটালে ভর্তী হয়।

১। পুরুষাঙ্গের (Penis) দ্বার দিয়া পূজ্জ্বাষ (neatus) বর্তমান আছে।

- ২। প্রস্রাব করিতে কষ্ট অনুভব করে।
- ৩। পুরুষাঙ্গের আংশিক শিথিলতা (Partial impotency) বিद्यমান।
- ৪। সামান্য মাত্রায় শিরোঘূর্ণন বিद्यমান আছে।
- ৫। স্মরণশক্তি হ্রাস হইয়াছে।
- ৬। চক্ষুর দৃষ্টি ক্ষীণ।
- ৭। সামান্য অরাস্থ্যব হয়।

পূর্ব ইতিহাস :—তিন বৎসর পূর্বে যুবকটী দূষিত জীসহবাসে গণোরিয়ারোগে আক্রান্ত হয়। ২৩ মাস পাহাড়ী ঔষধ সেবনে কিছুটা কমিয়া যায়। তবে মধ্যে মধ্যে গরম হইলে রোগের প্রকোপ হইতে থাকে। এইরূপ ৪।৫ বার প্রকোপবৃদ্ধি (Relapse) হইয়াছে। ঠাণ্ডা করায় উপশম হয়। সম্প্রতি ৪ মাস পূর্বে পুনরায় পীড়ার পুনরাক্রমণ হইয়াছে।

মূত্র পরীক্ষা :—মূত্র পরীক্ষায় মূত্র ঘোলাটে বর্ণের সূত্রবৎ জিনিষে পূর্ণ (Full of filaments and flakes)। আনুবীক্ষণিক পরীক্ষায় মূত্রে পুঁজকোষ (পাস্‌সেলস্‌ pus-cells), ট্রেন্টো ককাস, ডিপথিরয়েড, এবং বি-কলাই দৃষ্ট হইল।

মূত্রনলীর (ইউরেথ্রার) পুরোভাগ (anterior urethra) পরিষ্কার করিয়া চাপ দেওয়াতে ঘোলাটে সূত্রবৎ জিনিষে পূর্ণ তরল শুষ্ক নির্গত হইল। উহা আনুবীক্ষণ যন্ত্রে পরীক্ষা করিয়া উহাতে পুঁজকোষ (পাস্‌সেলস্‌—Pus-cell), এপিথিলিয়াম (Epithelium) ও ট্রেন্টোককাস, বি-কলাই, ডিপথিরয়েড, এবং গণোককাস ব্যাসিলাস লক্ষিত হইল। প্রস্টেট, সামান্য বিবর্তিত, নরম ও বেদনাযুক্ত (tender) ; কাউপার মাণ্ড, অল্পভূত হইল না (not palpable) ; বাম সেমিনাল ভেসিকল সামান্য অল্পভূত হইল (Slightly palpable)।

চিকিৎসা :—১০০০ ভাগে এক ভাগ সিলভার নাইট্রেট লোসন (1 in 10,000 Silver Nitrate

Solution) দ্বারা আধুনিক প্রণালী মূত্র ধার (Bladder) ধৌত করিবার ব্যবস্থা করিলাম।

রোগীকে প্রস্রাব ত্যাগ করণান্তর একটা টুলে বসাইয়া, উক্ত টুল হইতে ৬ ফিট ৬ ইঞ্চি উর্দ্ধে, ৩ পাইন্ট সিলভার নাইট্রেট সলিউশন পূর্ণ (1 in 10,000) একটা ডুস স্থাপিত করিয়া, ধীরে ধীরে উক্ত সলিউশন মূত্রনলী পথে প্রবেশ করাইয়া মূত্রাধার ও মূত্রনলী ধৌত করিয়া দেওয়া হইল। এইরূপে একদিন অন্তর এইরূপ প্রত্যহ তিনবার মূত্রাধার ধৌত ও প্রস্রাব করিবার ব্যবস্থা করা হইল।

এক সপ্তাহ পরে রোগীর লিঙ্গমুখে (Meatus of the penis) পুঁজ অন্তর্হিত হইল। পরে প্রত্যেক চতুর্থ দিনে প্রস্টেট (Prostate) ও সেমিনাল ভেসিকল (Seminal vesicle) ঘর্ষণ (Massage) করা হইত। মূত্র পরিষ্কার হইতেই উহা বন্ধ করিলাম।

সাতুও দ্বারা মূত্রনলী (ইউরেথ্রা) পরীক্ষা করিয়া ভালই দেখা গেল। পরে ৫০০০ ভাগে এক ভাগ সিলভার নাইট্রেট সলিউশন (1 in 5,000) দ্বারা মূত্রনলী ধৌত করিয়া দিতে লাগিলাম। ক্রমশঃ সলিউশনের শক্তি ২০০০ ভাগে ১ ভাগ করিয়া (1 in 2000) তদ্বারা মূত্রনলী ধৌত করায় একমাসে রোগী সম্পূর্ণ আরোগ্য হইয়া হস্পিটাল হইতে বিদায় লইল। সিলভার নাইট্রেট সলিউশন ব্যতীত রোগীকে নিম্নোক্ত ঔষধ প্রত্যহ দুইবার সেবনার্থ দেওয়া হইত।

Re.

লাইকর এমন এসিটেটস ... ৪ ড্রাম।

পটাশ এসিটাস ... ১৯ গ্রেণ।

টীং হায়োসায়ামাস ... ১৫ মিনিম।

ইনফিউশন বুকু এড এক আউন্স।

একমাত্র। প্রত্যহ প্রাতে ও সন্ধ্যায় এইরূপ এক এক মাত্রা সেব্য।



পুরাতন-কোলাইটিস Chronic Colitis.

লেখক—ডাঃ শ্রীমুরেন্দ্র নাথ সরকার L. C. P. S.

সম্প্রতি আমি একটি পুরাতন কোলাইটিস রোগীকে কেবলমাত্র বাইওকেমিক চিকিৎসায় কিরূপ আশ্চর্যরূপে নিরাময় করিয়াছি, তাহাবরণ পাঠকবর্গের গোচরীভূত করিব।

রোগী—জৈনিক মেডিক্যাল স্কুলের ছাত্র। বয়স ২২।২৩ বৎসর। প্রায় ৭ মাস আগে তাহার প্রথমে আমাশয় হয়। বিবিধ চিকিৎসাতেও এপর্যন্ত বিশেষ কোনও ফল হয় নাই। ইয়াটেন সেবনে কিছু উপশম থাকে মাত্র। সন্দিগ্ধই পেটে বেদনা বর্তমান থাকে এবং প্রত্যহ ৩-৪ বার আম ও কখন কখন সামান্য রক্ত মিশ্রিত মলত্যাগ হয়। হঠাৎ দক্ষিণ কুঁচুর কাছে কলিয়া উঠে ও অত্যন্ত যন্ত্রণা হইতে থাকে। এই সঙ্গে সামান্য জ্বর হয়। উহা বৈকালেই বৃদ্ধি পায়। ক্ষুধামান্দ্য নাই। শরীর ক্রমশঃ শীর্ণ হইতে থাকে। মল পরীক্ষায় কোলাই বাসিলির সংক্রমণ নির্ণীত হয় এবং যথানিয়মে অটোভ্যাক্সিন ও বিনম্যাদ, কুর্চি প্রভৃতি দ্বারা চিকিৎসা চলে, কিন্তু এরূপ চিকিৎসায় কোনও ফল হয় নাই। রোগীটী আমাদের পরিচিত। অতঃপর তাহাকে দেখিতে গিয়া, বিবিধ চিকিৎসায় নিফলতা শ্রবণে, বাইওকেমিক চিকিৎসায় কিরূপ ফল হয়, তাহা দেখিবার জন্য উৎসুক হইলাম। রোগীও ইহাতে সাগ্রহে সম্মত হওয়ায়, আমি সুবিস্মৃত বহুদর্শী বাইওকেমিক চিকিৎসক ডাঃ শ্রীমুরেন্দ্র নরেন্দ্র

কুমার দাশ এম, বি, মহাশয়ের পরামর্শানুযায়ী নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

ফেরাম ফস্ ৬x	...	৩ গ্রেণ।
কেলি ফস্ ৬x	...	৩ গ্রেণ।
ম্যাগ্ ফস্ ৬x	...	৩ গ্রেণ।
ক্যাল্ ফস্ ৬x	...	৩ গ্রেণ।

একত্রে একমাত্র। এইরূপ ৮ মাত্রা। দিব্যারাতে

৪ মাত্রা সেব্য। এবং—

২। Re.

কেলি সালফ ৬x	...	২ গ্রেণ।
কেলি মিউর ৩০x	...	২ গ্রেণ।
নেট্রাম্ ফস্ ৬x	...	২ গ্রেণ।

একত্রে একমাত্র। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রত্যহ

২ বার সেব্য।

পথ্যাদি—সাধারণ লঘুপাচ্য ও পুষ্টিকর; প্রচুর লেবুর রস এবং টাটকা বোল খাইতে বলিয়াছিলাম।

এই চিকিৎসায় ৪।৫ দিনের মধ্যেই রোগীর কুঁচুর ফোলা, পেটের বেদনা, পাতলা দান্ত; বৈকালিক ক্ষীণ-জ্বর প্রভৃতি সমস্ত উপসর্গের উপশম হইয়া রোগী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়াছিলেন।

চর্ম-রোগ—Skin-Diseases.

লেখিকা—শ্রীমতী লতিকা দেবী M. D. (Homœo).

H. L. M. P. M. H. C. P.

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক লেডি ডাক্তার। কলিকাতা।

সাধারণতঃ যে সকল চর্ম-রোগ দেখা যায়—এই প্রবন্ধে আমি তাহারই সংক্ষিপ্ত চিকিৎসার কথা লিখিব। অনেক হৃদয় চর্মরোগ বাইওকেমিক চিকিৎসায় অতি সুন্দরভাবে সম্বর আরোগ্য হইতে দেখা যায়। চিকিৎসকগণ নিজে পরীক্ষা করিয়া দেখিলেই, ইহার সত্যাসত্য স্বয়ংক্রিয় করিতে সমর্থ হইবেন।

বাইওকেমিক বিজ্ঞান অধ্যায়ী সকল প্রকার চর্মরোগেরই কারণ-তত্ত্ব প্রায় একই রকম। বাইওকেমিক বিজ্ঞান মতে শারীর-প্রকৃতি রক্তমধ্যস্থ সঞ্চিত বিষ-পদার্থ বা আগন্তুক পদার্থ সমূহ স্বকপথে বহির্গত করাইবার ফলে চর্মোপরি কণ্ডুয়ণ, বিবিধ গুটীকা (ইরাপ্‌সন্) প্রভৃতি লক্ষণযুক্ত নানাপ্রকার চর্ম-পীড়ার উৎপত্তি হয়। রক্তমধ্যস্থ বৈধানিক-লবণ সমূহের ক্রিয়া বৈলক্ষণ্য বা অভাব হইয়া রক্তমধ্যে বিবিধ বিষ-পদার্থ সঞ্চিত হয়, পরে উহাই স্বকপথে বহির্গত হইতে চেষ্টা করে। এই চেষ্টার ফলে যে সকল লক্ষণ উপস্থিত হয়, সেই সকল লক্ষণাভ্যায়ী রক্তমধ্যস্থ বৈধানিক লবণ সমূহের অভাব বা পথ নির্ণীত হইয়া থাকে। এইরূপ বিবিধ চর্মরোগে, লক্ষণাভ্যায়ী যে সকল ঔষধ ফলপ্রসূরূপে ব্যবহৃত হয়, যথাক্রমে তদনুসৃত উল্লিখিত হইতেছে।

(১) ফের্রাম ফস্‌ :—সকল প্রকার চর্মরোগের প্রথম অবস্থায় চর্মের প্রদাহ, উষ্ণতা, বেদনা, জালা-যন্ত্রণা ইত্যাদি নিবারণার্থ ফের্রাম ফস্‌ বিশেষ উপকারী।

(২) কেলিস-মিউর :—চর্মরোগের প্রাদাহিক অবস্থার দ্বিতীয় স্তরে এই ঔষধ বিশেষ ফলপ্রসূ। দেখের যে কোন অংশ বিশেষে ইরাপ্‌সন্ বা কণ্ডু নির্গত হইলে এবং এই কণ্ডু (দানা) সমূহের মধ্যস্থ পদার্থ গাঢ় ও

শ্বেতবর্ণের হইলে ও তৎসহ শ্বেতবর্ণের মলাবৃত্ত জিহ্বা থাকিলে, কেলিস মিউর উপকারী। চর্মোপরি দানা, গুটীকা, আঁচিল, কড়া, হার্পিস্‌, ছেলে মেয়েদের গায়ে ও মাথায় ফুলুড়ী, গায়ে ময়দার জায় খড়ি উঠিলে এবং তৎসহ মলাবৃত্ত জিহ্বা বর্তমানে এই ঔষধ ব্যবস্থেয়।

(৩) কেলিস-সাল্‌ফ :—চর্মের উপরিস্থ ইরাপ্‌সন্—বিশেষতঃ, যখন উহা হইতে জলীয় পীতবর্ণের দ্রবীভূত শ্রাব নিঃসৃত হয়; গাত্র-ত্বক শুষ্ক হইলে; ইরাপ্‌সন্ সমূহ হঠাৎ বসিয়া গেলে; চর্ম উঠিয়া আসিলে এবং তৎসহ চট্‌চটে শ্রাব নিঃসৃত হউক বা না হউক—এই ঔষধ ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

(৪) নেট্রোম-মিউর :—চর্মের সর্বপ্রকার দানাযুক্ত (ইরাপ্‌সন্যুক্ত) চর্মরোগে যখন ইরাপ্‌সন্ সমূহ হইতে পরিষ্কার জলীয় শ্রাব নিঃসৃত হয়; জিহ্বা সাধারণতঃ পরিষ্কার, কিন্তু জিহ্বার ধারে ধারে লালাব্দব্দ বর্তমান থাকিলে; চর্ম অত্যন্ত শুষ্ক এবং উহা ফাটা ফাটা হইলে অথবা চর্ম হইতে প্রচুর পরিমাণে শ্রাব নিঃসৃত হইতে থাকিলে নেট্রোম-মিউর অতি সুন্দর ঔষধ। লবণাক্ত স্থানে বসবাস জনিত চর্মরোগ অথবা অতিরিক্ত লবণ ব্যবহার জন্ম কিম্বা দেহমধ্যে লবণের সমতা হ্রাস পাইয়া চর্মরোগ হইলে, এই ঔষধ ব্যবস্থেয়। কীট পতঙ্গাদির দংশনজনিত চর্মের উগ্রতা, যন্ত্রণা, কণ্ডু ইত্যাদির জন্ম নেট্রোম মিউর স্থানিক প্রয়োগ ও সেবনার্থ ব্যবস্থা করিলে অতি সুন্দর ফল পাওয়া যায়।

(৫) নেট্রোম-ফস্‌ :—যে সকল চর্মরোগের ইরাপ্‌সন্ হইতে দ্রবের সরের (Creamy), সাদা বা স্বর্ণবৎ অথবা মধুর বর্ণবৎ শ্রাব নিঃসৃত হয়; তাহাতে এই

ঔষধ ফলপ্রসূ। যে সকল চর্মরোগে গোলাপী বর্ণের কণ্ডু; মধুচক্রবৎ কণ্ডু নির্গত হয়; কীট পতঙ্গাদির দংশনের দ্বারা সর্বত্র চুলকাইলে, চর্খোপরি প্যাচ—যাহাতে ক্ষতবৎ যন্ত্রণা হয় এবং এতৎসহ অন্ন-লক্ষণ বর্তমান থাকিলে, এই ঔষধ ব্যবহৃত হয়। জিহ্বার মূলভাগে দুইয়ের সরের দ্বারা পীতবর্ণের মলাবরণ এই ঔষধের বিশিষ্ট লক্ষণ।

(৬) কেলি-ফস্ :—একজিমা এবং চর্খোপরি ইরাপসন্ এবং তৎসহ দৌর্জলা, ক্ষয়কর জ্বর ইত্যাদি বর্তমান থাকিলে; নিঃসৃত শ্রাবে দুর্গন্ধ, দৌর্জলাকারী ঘর্ষ; স্নায়বিক অবসন্নতা; নিঃসৃত শ্রাব দ্বারা কতোৎপত্তি; চর্মরোগে ক্ষতবৎ যন্ত্রণা বা রক্ত মিশ্রিত জলীয় শ্রাব নির্গত হইলে, কেলি ফস্ অতিব উপকারী।

(৭) ক্যাল্কেক্লিফা ফস্ :—চর্মরোগে নিঃসৃত শ্রাব কাঁচা অণ্ডালাবৎ হইলে এবং এতৎসহ রক্তহীনতা; চুলকানি; চুলকানিযুক্ত কণ্ডু উদ্গত হইলে এবং প্রথম ঋতুকালে মুখমণ্ডলে ত্রণ প্রকাশ পাইলে; সপুষ্প-ত্রণ; অত্যন্ত ঘর্ষ—বিশেষতঃ; মাধায় হইলে; গণ্ডমালা বাতু গ্রস্ত ব্যক্তির চর্মরোগ ইত্যাদিতে এই ঔষধ বেশ ভাল। অত্রান্ত ঔষধের সহিত ইহা মধ্যো মধ্যো প্রয়োগ করিলে সমুহ উপকার পাওয়া যায়। কারণ, ইহার দ্বারা অত্র ঔষধের ক্রিয়া বৃদ্ধি পায়। রোগান্তে এই ঔষধ ব্যবহার করিলে রোগীর দৌর্জলা বিনষ্ট হয়।

(৮) ক্যাল্কেক্লিফা সাল্ফ :—চর্খোপরি কণ্ডু সমুহ হইতে গাঢ়, পীঃবর্ণের পূঃজ-শ্রাব নিঃসৃত হইলে অথবা কণ্ডু সমূহের উপর পীতভ বর্ণের মাম্ভী বর্তমান থাকিলে, এই ঔষধ ফলপ্রসূ। কেলি মিউর দ্বারা উপকার না হইলে এই ঔষধ ব্যবস্থা করা যায় অথবা কেলি মিউরের সহিত ইহা একত্রে ব্যবহৃত হয়। বালক বালিকাদের মাধায় দুগ্ধবৎ মাম্ভী অথবা মাধায় রসশ্রাবী কণ্ডু—বিশেষতঃ; যখন এই কণ্ডু হইতে দুগ্ধবৎ গাঢ় শ্রাব নিঃসৃত হয়—তখন এই ঔষধ প্রয়োগে বিশেষ ফল পাওয়া যায়।

(৯) সাইলিশিফা :—চর্খোপরি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফোটক, অথবা চক্ষু পন্নবে অজ্ঞী হইলে; নির্গত শ্রাব পূঃবৎ অথবা রক্ত-পূঃ মিশ্রিত; উহা দুর্গন্ধযুক্ত; রোগীর পদশাখায় ঘর্ষ এবং শিশুদের মন্তকে ঘর্ষ হইলে, ইহা উপকারী।

(১০) নেট্রোম্ সাল্ফ :—চর্মরোগের ইরাপসন্ সমুহ হইতে পীতভ এবং জলবৎ শ্রাব নিঃসৃত হইলে; অত্র চর্মরোগসহ পীতভ মাম্ভী বা আইস্ বর্তমান থাকিলে; চর্মে ফাটা দাগ বা চর্ম ফাটিয়া শ্রাব নিঃসৃত হইলে এবং যে কোন চর্মরোগে পৈত্তিক লক্ষণ বর্তমান থাকিলে, এই ঔষধ দ্বারা সমুহ ফল পাওয়া যায়।

(১১) ক্যাল্কেক্লিফা ফ্লোয়া :—গাত্রব্যক ফাটিয়া গেলে বা অত্যন্ত কষ্ট হইলে; হাতের তালু ফাটিয়া রসশ্রাব হইলে; শূলবৎ ধলধলে চর্ম; শক্ত ও বিস্তীর্ণ ধারযুক্ত কণ্ডু বা গুটীকা মধ্যো পূঃজ সঞ্চিত হইলে, এই ঔষধ ব্যবস্থা করা কর্তব্য। ডেসেলিন সহ এই ঔষধ মিশ্রিত করিয়া স্থানিক প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়।

শক্তি :—উল্লিখিত ঔষধগুলির সাধারণতঃ ৩x শক্তি ব্যবহার্য। আবশ্যক মত ১২x, ২৪x, ৩০x এমন কি ২০০x পর্যন্তও ব্যবহার করা যায়।

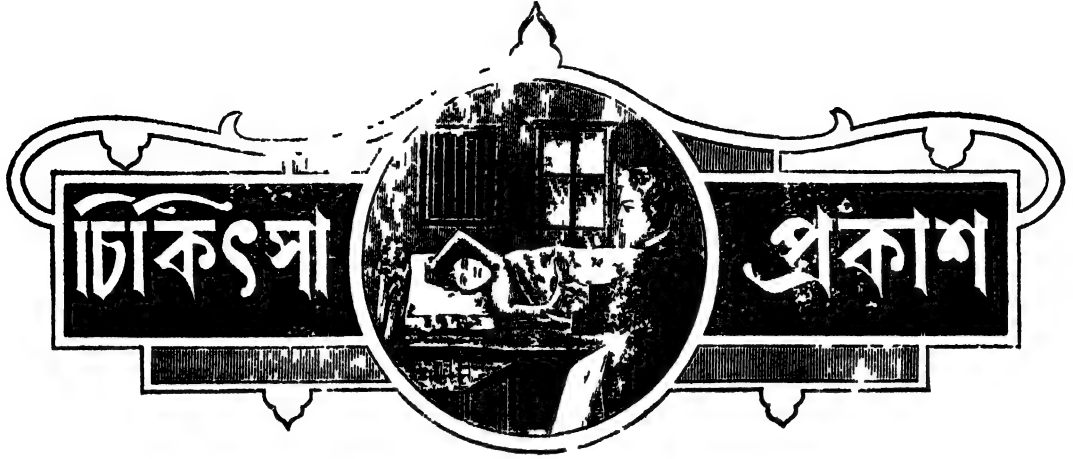
মাত্রা :—উল্লিখিত প্রত্যেক ঔষধই ২—৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ ৩-৪ বার সেব্য।

সম্মিলন :—আবশ্যক হইলে ২০টা বা ততোধিক ঔষধ একত্রে মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা যায়।

বাহ্যিক ব্যবহার :—চর্মরোগের যে সকল ঔষধ উল্লিখিত হইল, উহাদের মধ্যে যে কোন নির্দোষিত ঔষধের ৩x শক্তির বিচূর্ণ খেত ডেসেলিনে মিশ্রিত করতঃ মলমরূপে স্থানিক ব্যবহার করা যায়। বিচূর্ণ ঔষধও চূর্ণাকারে ক্ষতস্থানের উপর ছড়াইয়া দেওয়া যাইতে পারে। লোশনও স্থানিক ব্যবহার করা যায়।

মলম বা সলিউশন প্রস্তুত করণার্থ প্রতি আউন্সে (মলমের জন্য খেত ডেসেলিন এবং লোসনের জন্য বিশোধিত জল ব্যবহার্য) ২০-৪০ গ্রেণ বিচূর্ণ ঔষধ মিশ্রিত করিতে হয়।

বিশেষ দ্রষ্টব্য :—শৈশবীয় একজিমা রোগে কেবলমাত্র কেলি মিউর ৩x প্রতি ঘণ্টান্তর সেবন করাইয়া ১ সপ্তাহান্তে আরোগ্য হইবার সংবাদ আমরা পাইয়াছি। ফেরাম্ ফস্ দ্বারা ইরিথিমা এবং কেলি মিউর ও ক্যাল্কেক্লিফা ফস্ দ্বারা মুখমণ্ডলের কণ্ডু স্বল্প সময়েরই আমরা আরোগ্য করিয়াছি।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২৩শ বর্ষ .

.. ১৩৩৭ সাল অগ্রহায়ণ ..

৮ম সংখ্যা

রোগ ও রোগী—Patient and Disease.

লেখক—ডাঃ শ্রীনন্দীগোপাল দত্ত B. A. M. D (Homo)

হোমিওপ্যাথ ও বাইওকেমিস্ট

কৈলা সত্তর বিভাগ, স্বাধীন ত্রিপুরা রাজ্য।

হোমিওপ্যাথিতে রোগের নাম ধরিয়া চিকিৎসা করার কোনও পদ্ধতি নাই বলিয়া, অনেক সময় হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকদিগকে সর্বসাধারণের নিকট বড়ই বিরক্তিভাজন হইতে হয়। বাস্তবিকই, রোগী বা রোগীর আত্মীয়স্বজন এবং পাড়াপ্রতিবেশীবর্গ সহানুভূতিজ্ঞাপন করিতে আসিয়া, যখন রোগের নাম অবগত হইবার অল্প ডাক্তারকে অস্থির করিয়া তুলেন, তখন শুধু হোমিওপ্যাথির লাক্ষণিক চিকিৎসার (Symptomatic treatment) দোহাই দিয়া নিষ্কৃতি লাভ করা তেমন লক্ষ্যপ্রতিষ্ঠ চিকিৎসকের পক্ষেও শুকটিন হইয়া দাঁড়ায়, সাধারণ নূতন চিকিৎসকগণের তো আর কথাই নাই। আমার ছোট বেলায় একটা কথা মনে পড়ে।

এক সময় আমার একটা নিকট আত্মীয়ের চিকিৎসার জন্ত একজন সুবিজ্ঞ হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসককে ডাকা হইয়াছিল। ডাক্তার বাবুটি রোগী পরীক্ষান্তে যখন ঔষধ-নির্ণয় করিতে প্রস্তুত, তখন উপস্থিত সকলেই তাঁহাকে রোগের নামকরণ করিতে অনুরোধ করেন। অবশ্য ডাক্তারবাবুটি এলোপ্যাথি হইতে হোমিওপ্যাথিতে কনভার্ট (Convert) অর্থাৎ পূর্বে এলোপ্যাথিক চিকিৎসাই করিতেন। পরে হোমিওপ্যাথি চিকিৎসা আরম্ভ করিয়াছেন। এলোপ্যাথিক চিকিৎসার তাঁহার বিশেষ জ্ঞান ও খুব সুনামও ছিল। কাজেই, তিনি যে রোগের নামটি করিতে অক্ষম, তাহা বলা যায় না। কিন্তু তথাপি তিনি মুক্তকণ্ঠে সগর্বে বলিয়াছিলেন—

“The Disease is Sulphur” অর্থাৎ রোগের নামটি হচ্ছে “সালফার”। তখন সকলেই তাহাকে ঠাট্টা করিয়াছিল। কিন্তু বাস্তবিকই তিনি কেবল একমাত্র “সালফার” দিয়াই ঐ লোকটিকে আশ্চর্যভাবে আরোগ্য করিয়াছিলেন। সেই সময় হইতেই “হোমিওপ্যাথি” শিক্ষা করিবার জন্ত আমার হৃদয়ে একটা প্রবল আকাঙ্ক্ষা জন্মে এবং আজ যে আমি “সমন্বয়ে” দীক্ষিত, সেজন্ত বড়ই গর্ব অনুভব করিতেছি।

বস্তুতঃপক্ষে, হোমিওপ্যাথিতে রোগের নাম ধরিয়া কোনও চিকিৎসা নাই। বিশেষ অভিনিবেশ সহকারে রোগীর মেজাজ, হাবভাব, চালচলন ও লক্ষণাদি দৃষ্টে প্রকৃত ঔষধ-নির্ণয় করিতে পারিলেই যে, রোগটি সমূলে আরোগ্য হয়, তৎসম্বন্ধে কোনও সন্দেহ নাই। এ সম্পর্কে স্বনাথখ্যাত চিকিৎসক ডাক্তার জাস, কেণ্ট, কাউপার থয়েট, এলেন, হিউজ, বনিনহুসেন এবং ডাঃ সরকার, ডাঃ কালো, ডাঃ জি মাহুক প্রভৃতি মহোদয়গণের পুস্তকাদি ও অধিষ্ঠিত ষাঁহার পাঠ ও আলোচনা করার সুযোগ প্রাপ্ত হইয়াছেন, তাঁহাদের নিকট উহার পুনরাবলোচনা করা নিম্নয়োজন। ইহাদের প্রত্যেকেই এক একজন এনাটমি, ফিজিওলজি, প্যাথোলজি (Anatomy, Physiology, Pathology) প্রভৃতি বিষয়ে অভিজ্ঞ। অথচ ইহারা চিকিৎসা ক্ষেত্রে রোগের নামের দিকে কখনও দৃষ্টিপাত করেন নাই, শুধু রোগীর সম্বন্ধেই অনুধাবন করিতে ব্যস্ত থাকিতেন। এস্থলে “রোগ” ও “রোগী” এই দুইট কথার পার্থক্য নির্ধারণ করিয়া লইলেই আর বুঝিবার পক্ষে কোনও কষ্ট হইবে না। অবশ্য এনাটমি, ফিজিওলজি, প্যাথোলজি (Anatomy, Physiology, Pathology) প্রভৃতি বিষয়ে সম্যক্ জ্ঞান থাকিলে রোগীর রোগলক্ষণ ও অজ্ঞাত বিষয়াদি সুস্পষ্টরূপে বুঝিবার সুবিধা হয়। তাই আমাদেরও এই সব বিষয়ে বিশেষ জ্ঞান থাকা নিতান্তই বাঞ্ছনীয়। তবে এই সব জ্ঞানরূপ অস্ত্রে সুসজ্জিত হইয়াও, আমাদের একমাত্র দৃষ্টি রোগের লক্ষণাদির (Symptoms) উপর

থাকা যে, কতদূর আবশ্যক, তাহাই বুঝান আমার এই প্রবন্ধের উদ্দেশ্য।

এখানে একটি রোগীর চিকিৎসা-বিবরণ উল্লেখ করতঃ এই বিষয়টি আরও বিশদভাবে বুঝাইবার চেষ্টা করিতেছি।

রোগীঃ—***গ্রাম নিবাসী জনৈক বালক। বয়স ৮ বৎসর। গত ১২ই ভাদ্র ইহার চিকিৎসার জন্ত আমি আহৃত হই।

পূর্ব ইতিহাসঃ—আমাকে যে ব্যক্তি ডাকিতে আসিয়াছিল, তাহার নিকট ওনিলাম যে, বালকটির কয়েক দিন হইতে একটু একটু জ্বর হইতেছে। সন্ধ্যা তাহার গা মাজ্, মাজ্ করে। বালকটির ঘান্ ঘান্ করা মেজাজ। ২১ দিন ভাতও খাইয়াছিল। এ কয়দিন স্বাভাবিক মত হাঁটিয়া বেড়াইয়াছে। তবে আজ ৩৪ দিন হইতে ছেলেটির খুব হুর্দলতা ও অবসন্নতাভাব দেখা যাইতেছে জিজ্ঞাসা করিলে ‘কিছুই ভাল লাগে না’ বলে।

বর্তমান অবস্থাঃ—আমি গিয়া দেখিলাম যে, আজ পাঁচ দিন যাবৎ বালক শয্যাগ্রহণ করিয়াছে। জ্বর প্রায় সবসময়ই ১০৫° ডিগ্রী থাকে। ভোরবেলা মাত্র কতকক্ষণের জন্ত উত্তাপ ১০০° ডিগ্রী হয়—সেও কোন কোন দিন হয়। বালকটি চুপ করিয়া পড়িয়া আছে, কোনও সাড়া শব্দ নাই। চক্ষুপ্রায় সব সময়েই বুজিয়া থাকে। কোষ্ঠবদ্ধতা বর্তমান, মাঝে মাঝে একটু পেটও ফাঁপে। জিহ্বা ময়লাবৃত্ত।

এই সমস্ত লক্ষণাদি দৃষ্টে, ইহা টাইফয়েড (Typhoid) বলিয়া আমার সন্দেহ হইল। অবশ্য বাস্তবিকই যে, ইহা টাইফয়েড; তাহা রোগের গতি আরও কিছুকাল পর্য্যবেক্ষণ না করিলে সঠিক বলা কঠিন। কারণ, ম্যালেরিয়াজনিত স্বল্পবিরাম জরেও (Malarial remittent fever) এইরূপ লক্ষণাদি উপস্থিত হইতে প্রায়ই দেখা যায়। বাহা হউক, রোগ-নির্ণয়ের দিকে বেশী খোঁজ দিলে চিকিৎসাকাণ্ডের বিষ উপস্থিত হইতে পারে মনে

করিয়া, আমি লক্ষণাদির দিকেই বিশেষ মনোবোপ দিতে লাগিলাম।

রোগের লক্ষণাদি দৃষ্টে, আমার “জেলসিমিয়ামের” কথাই মনে পড়িল। তাই জেলসিমিয়াম ৩, (Gels. 3) চারি মাত্রা দিয়া আসিলাম।

১৩ই ভাদ্র—অন্ত আবার আমার ডাক পড়িল।
দেখিলাম—জ্বর অল্প প্রাতে ১০২° ডিগ্রী; গতকল্য বাহি হয় নাই। গতকল্য বিকালে এবং রাত্রিতে জ্বর ১০৫°২ ডিগ্রীতে উঠিয়াছিল। একটু একটু খুঁকুকে কাশি বর্তমান আছে। বুকে একটু ব্যথার কথাও বলিতেছে। মোহ ও আচ্ছন্ন ভাব যেন ক্রমশঃই বাড়িয়া চলিয়াছে। বক্ষঃ পরীক্ষার ব্রাইটিসের (Bronchitis) প্রাথমিক লক্ষণ পাওয়া-গেল।

অন্ত ব্রাইওনিয়া ৩০, (Bryonia 30) দুই মাত্রা দিয়া আসিলাম। এতদ্বির খুব ভাল করিয়া মাথা খোয়াইয়া দেওয়ার অন্ত এবং খাঁটি সরিষার তৈল গরম করতঃ বুকে মালিশ করার পর, উহা তুলা দ্বারা বাঁধিয়া রাখার কথা বলিলাম।

১৪ই ভাদ্র—অন্ত গিয়া জানিলাম যে, কল্য একবার বাহি হইয়াছে। মল কতকটা ছ্যাকড়া ছ্যাকড়া। পেটকাঁপা সামান্য আছে। জ্বর ১০১° ডিগ্রী (বেলা ৮ টায়)। ঘোহড়াবটা কাটিয়া গিয়াছে। বুকের অবস্থা সামান্য একটু ভাল বলিয়া বিবেচনা হইল। অন্ত জ্বরের কম অবস্থার (during falling fever) সেবনার্থে ব্রাইওনিয়া ২০০ (Bryonia 200) এক মাত্রা দিয়া আসিলাম।

১৫ই ভাদ্র—অন্ত খবর পাইলাম যে, বেলা ১০টার সময় জ্বর ১০০° ডিগ্রী হইয়াছিল। বুকের অবস্থা অনেক ভাল। মোহভাব অনেকটা কমিয়াছে। কিন্তু পেটের অবস্থা বিশেষ ভাল নহে। ২১২ বার ছ্যাকড়া ছ্যাকড়া দাঁত হইয়াছে। হাত পা খুবই ঠাণ্ডা।

রোগীর পূর্ব ইতিহাস সঞ্চকে পুনরায় অল্পসন্ধান করিতে গিয়া জানিলাম, যে, রোগীর খুব ক্রিমির খাত।

ইতিপূর্বে দুই একবার ছোট বড় নানাপ্রকার ক্রিমি বাহির হইয়াছিল। রোগীর পেটে ক্রিমি আছে, শুনিয়া, আমি যেন অন্ধকারে আলোকশিখা দেখিতে পাইলাম। গত কল্যাকার ব্রাইওনিয়া (Bryo.) সেবনে অনেক উপকার হইয়াছে, কাজেই অল্প-দিনের বেলা আর ঔষধ দিলাম না। কেবল সিনা ২০০ (China 200) একডোজ রাখিয়া বলিয়া আসিলাম যে, যদি অবস্থার কোনও পরিবর্তন না হয়, তবে এই একডোজ ঔষধ যেন রাত্রিতে শুইবার সময় খাওয়াইয়া দেওয়া হয়। (এই ভাবে রাত্রিতে শুইবার সময় “সিনা” দিলে অনেক ক্ষেত্রেই উপকার ভাল হয়, ইহা আমার বিশেষ পরীক্ষিত)।

এহলে বলা কর্তব্য যে, রোগীকে সিনা ব্যবস্থা করার পূর্বে আমি অনেক বিষয় চিন্তা করিলাম। কারণ, এই বালকটির পীড়া টাইফয়েড বা আন্ত্রিক বিকার জ্বর (Typhoid or Enteric fever) বলিয়াই আমার দৃঢ় ধারণা জন্মিয়াছিল। অথচ লক্ষণমুখ্যায়ী “সিনা” দেওয়া সম্ভব হইলেও ডাক্তার রো (Roue), লিলিএথাল (Lilienthal), জন্সন (Johnson), জার (Jahr) প্রকৃতি মনীষিগণ টাইফয়েড জ্বরে “সিনা” দিতে নিষেধ করায় প্রথমে উহা দিতে সাহস পাইলাম না। কিন্তু রোগীর অনবরত “নাসিকা চুসকাণ” এই স্থম্পষ্ট লক্ষণটি দৃষ্টে “সিনা” ভিন্ন অন্য কোনও ঔষধের কথা ভাবিতেও পারিলাম না। পক্ষান্তরে, স্বনামধন্য চিকিৎসক মহাত্মা ত্রাসকৃত “টাইফয়েড ফিবার চিকিৎসা (Leaders in typhoid) পুস্তকে লিখিত “সিনার” কতিপয় রোগীর চিকিৎসা-বিবরণের কথা মনে করিয়া—অবশেষে “সিনা”ই ব্যবস্থা করিলাম। ডাক্তার ত্রাস লিখিয়াছেন—

“* * * একদিন বৈকালে বসিয়া আছি, এমন সময়ে আমার টেলিফোন বাজিয়া উঠিল। যোল মাইল দূর হইতে আমার একজন বন্ধুহানীয় ডাক্তার একটি রোগীর বিবরণ আবৃত্তি করিয়া ঔষধের ব্যবস্থা চাহিয়া বসিলেন * * * রোগীর

লক্ষণাদি সমস্ত জানিয়া আর ইতস্ততঃ না করিয়া আমি উত্তর দিলাম “সিনা”।

“কথাটা শুনিয়াই আশ্চর্য্যান্বিত হইয়া ডাক্তার বলিলেন, “সে কি ! এ যে টাইফয়েড জ্বর, এতো ক্রিমি নহে।”

“আমি (Nash) পুনরায় বলিলাম, “সিনা”ই প্রকৃত ঔষধ, রোগের নাম আমি জানিতে চাহি না। দুই সপ্তাহ পরে উক্ত ডাক্তার বন্ধুটি আমার আফিসে আসিয়া উপস্থিত। তাঁহাকে দেখিয়া প্রথমেই জিজ্ঞাসা করিলাম, “আপনার সেই ‘ক্রিমির রোগী’ কেমন আছে?” তিনি বলিলেন—“বড়ই আশ্চর্যের বিষয়, যে সময় রোগীটি “সিনা” পাইয়াছিল, সেই সময় হইতেই তাহার অবস্থা উন্নত হইতে লাগিল।” আমাদের ব্যবস্থাপত্র রোগের লক্ষণ সাপেক্ষ, নাম সাপেক্ষ নহে।”

প্রকৃত কথাও তাই। আমিও আমার রোগীটিকে উক্ত মহাত্মার পুস্তকলব্ধ জ্ঞান অনুসারে ‘সিনা’ ব্যবস্থা করিতে বালকটি আশ্চর্য্যভাবে সেই দিন হইতেই আরোগ্যের পথে চলিতে লাগিল।

১৫ই ভাদ্র—পরদিন প্রাতে জ্বর ৯৮° ডিগ্রী, পেটকাঁপা নাই। কোষ্ঠ বেশ পরিষ্কার হইয়াছে; আর জ্বর বেশী হয় নাই। দুই দিবস প্লেসিবো চালাইলাম। তৎপরদিন জানিলাম, দুপুর বেলা সামান্য একটু জ্বর হয়, খুব হটকট করে ও জ্বলিগাঙ্গা আছে। আর্সেনিক ৩০ (Ars. 30) দুই মাত্রা দিলাম।

রোগী ইহার পর হইতেই সম্পূর্ণ সুস্থ হইল। তিন চারি দিন পরে অন্ন পথ্য দিলাম। ইহার পর শুধু দুর্বলতার জন্য চায়না (China) কয়েক মাত্রা দিতে হইয়াছিল। ছেলেটি এখন সম্পূর্ণ সুস্থ আছে।

এই বালকটির জ্বর ঠিক টাইফয়েড না হইয়া হয়তো ম্যালেরিয়াজনিত বনবিষামজ্বর বা কৃমিজনিত জ্বর হওয়া

অসম্ভব নহে। কিন্তু লক্ষণাদি দৃষ্টে ঔষধ নির্ণয়ে যে, রোগীটি আরোগ্য হইল, ইহা কি হোমিওপ্যাথিকের গৌরবের কথা নহে? এই রোগী সন্ধ্যা করেকদিন পর কয়েকজন শিক্ষিত লোক ও এলোপ্যাথিক এবং আয়ুর্বেদিক চিকিৎসকের সঙ্গে কথাপ্রসঙ্গে তাঁহারা আমাকে উপহাসচ্ছলে বলিয়াছিলেন—“একটা সাধারণ জ্বর আরোগ্য করিয়া, টাইফয়েড আরোগ্য করার গর্ব করিতেছেন; টাইফয়েড হইলে কখনও এত সস্তর আরোগ্য করিতে পারিতেন?” হইতে পারে—ইহা টাইফয়েড নয়। কিন্তু বাস্তবিকই কি বহুদিন ভোগী না হইলে টাইফয়েড আরোগ্য হয় না? সাধারণের এই ধারণা কি বাস্তবিকই সত্য?

কিন্তু হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসাশাস্ত্রে অভিজ্ঞ মহাত্মা ই, বি, জাস তাহার লিডারস্ ইন্ টাইফয়েড (Leaders in typhoid) নামক অত্যুৎকৃষ্ট গ্রন্থে সর্বসাধারণের—অপিচ কতকগুলি অজ্ঞ ও অভিজ্ঞ ডাক্তারের একরূপ বিকৃত ধারণার মূলে কুঠারাঘাত করিয়াছেন। তিনি প্রমাণ করিয়াছেন যে, “উপযুক্ত হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করাইলে টাইফয়েড জ্বরের জ্বর ভীষণ ব্যাধিকেও ইহার প্রচ্ছন্নাবস্থায়ই (Prodromal stage) বাধা দেওয়া যাইতে পারে। এমন কি, ব্যাধি উপস্থিত হইলেও আর পূর্ণ বিকাশাবস্থা (Stage of development) আসিতে পারে না। এই ধারণার বিরুদ্ধে যদি কাহারও কিছু বলিবার থাকে, তবে একবার হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করাইয়া দেখুন, ইহার কার্যকারিতা দেখিয়া নিশ্চয়ই আশ্চর্য্যান্বিত হইবেন”।

আমার এই রোগী চিকিৎসার কিছুকাল পরেই শুনিলাম—সন্নিকটস্থ একটি গ্রামে ১৮।১৯ বৎসরের একটি যুবকের ঠিক উল্লিখিত রোগীর জ্বর অস্থির হয়। এলোপ্যাথিক চিকিৎসকগণ ইহাকে নাকি টাইফয়েড বলিয়াই নির্ধারণ করতঃ এবং তদনুযায়ী চিকিৎসাও করিয়াছিলেন, কিন্তু দুঃখের বিষয় রোগীটি বহু দিবসেই মারা যায়। এই রোগীটির শেষ অবস্থায় নাসিকা চুলকাণ প্রভৃতি নানারূপ কৃমি-লক্ষণও নাকি উপস্থিত হইয়াছিল। কিন্তু

চিকিৎসক সে দিকে লক্ষ্য না রাখিয়া, শুধু রোগের নামানুসারে 'টাইফয়েড' অরেরই চিকিৎসা করিয়াছিলেন। অবশ্য যে মরিলে, তাহাকে রাখিলে কে। তাহা হইলে আর জগতে মৃত্যু বলিয়া কথা থাকিত না। কিন্তু দুঃখের ও পরিতাপের বিষয় এই যে, এলোপ্যাথব্রাতৃগণ শুধু রোগের নামের দিকেই বেশী লক্ষ্য রাখেন, রোগের গুরুত্ব অনুযায়ী একটু গভীরভাবে চিন্তা করিয়া অজ্ঞাত আত্মঘাতিক বিষয়গুলি পর্য্যবেক্ষণ করার মত সুযোগ

নেওয়া অনেক সময় তাঁহারা আবশ্যক বোধ করেন না।

পরিশেষে চিকিৎসা-প্রকাশের পাঠকপাঠিকা মহোদয়গণের নিকট আমার অনুরোধ—তাঁহারা যেন দয়া করিয়া আমার রোগীর বিবরণটি বিশেষভাবে আলোচনা করিয়া দেখেন যে, বাস্তবিকই আমার রোগীটি টাইফয়েড রোগী ছিল কি না? যদি কেহ টাইফয়েড সম্বন্ধে "চিকিৎসা-প্রকাশে" বিশেষভাবে আগোচনা করেন তাহা হইলে বাধিত হইব।

বিবিধ রোগের প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ ঔষধ

লেখক—ডাঃ শ্রীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ—ছগলী

(পূর্ব প্রকাশিত ৬ষ্ঠ সংখ্যার (আশ্বিন) ৩০৯ পৃষ্ঠার পর হইতে)

(৯৪) ফোফাস—রসটিক্স

দেহের কোনস্থানে অগ্নি বা অত্যাধিক তৈল অথবা ঘৃতাদির সংযোগ হইলেই পুড়িয়া "ফোফা" হয়। ইহাই স্বাভাবিক নিয়ম। কিন্তু এমন অনেক পীড়া আছে—যাহাতে ঠিক আগুনে পুড়িয়া যাওয়ার ঠায় ফোফা হয়। ইহাকে আমরা ইরেসিপেলাস, সিন্দুরে মহাবিষ, বিসর্প, নারান্ধা বা নারান্ধী, চলমান রক্তবর্ণ পীড়া, সেন্ট এণ্টনিস্ কায়ার বা সেন্ট এণ্টনিস্ অগ্নি, যমাগ্নি ও যম ফোফা প্রভৃতি নামে অভিহিত করিয়া থাকি। (১৩৩৫ সালের চিকিৎসা-প্রকাশের প্রকাশিত ৬৯নং প্রবন্ধ প্রট্য)। অবস্থা ভেদে ইহার আরও আট দশ প্রকার নাম দেখিতে পাওয়া যায়, সে সকল বিষয় চিকিৎসা পুস্তকে বিস্তারিতরূপেই লিপিবদ্ধ আছে। এই যে ফোফা—বিনা আগুনে ফোফা হওয়া! ইহা সহজ

কাণ্ড নহে, ইহা গোপাল উড়ের হীরা মালিনীর "মিনি স্ত্রীর হার গাঁথা"র ঠায় তাজ্জব ব্যাপার! কিন্তু জগবানের রাজ্যে অসম্ভব কিছু নাই, তাঁহার সৃষ্টি, স্থিতি, প্রলয়কাণ্ড সকলই বিশ্বয়কর হইলেও নিত্য সত্য।

সাপের যেমন ছোট বড় বিচার নাই, সকল সাপের মুখেই যেমন প্রাণসংহারক বিষ সমভাবে নিহিত আছে; তজ্জপ সকল প্রকার রোগেরই প্রাণনাশক ক্ষমতা সমভাবেই বর্তমান আছে; সেজন্য কোন রোগকেই সহজ বা ছোট মনে করা চলে না। শত্রুকে ক্ষুদ্র জ্ঞান করা সুবুদ্ধির কার্য নহে। কিন্তু প্রাণ শত্রুকেও 'নিশ্চয়ই পরাস্ত করিতে হইবে' এরূপ দৃঢ় সংকল্প থাকা চাই। বিচারাধীন মোকদ্দমার আসামীকে বিচারক যেমন পূর্ব হইতেই অপরাধী মনে করিতে পারেন না, তজ্জপ যতই কঠিন পীড়ায় আক্রান্ত হউক—রোগী মরিয়া যাইবে, এরূপ ধারণা করাও চিকিৎসকের নীতিবিরুদ্ধ। "যতক্ষণ শ্বাস,

ততক্ষণ আশা”। বোধোচিত বস্ত্র চোঁটা করিয়াও বন্দি অরলভ করিতে না পারা যায়, তাহাতে দোষ নাই—“জেনে শুনে করি কাজ, হারি তাহে নাহি লাজ”।

যেদে “অগ্নি” ভগবান নামে কথিত হইয়াছেন। অগ্নি সর্বভূত। দেহের মধ্যেও অদৃশ্যভাবে আগুন আছে। এই আগুন নির্দীপিত হইলেই জীবগীলা সঞ্চার হয়। যখন আমাদের শীতল অঙ্গ উষ্ণ হয় (বাহ্যকে আমরা অঙ্গ হওয়া বলি), তখন এই আগুনের অস্তিত্ব স্পষ্টরূপেই অল্পভূত হইয়া থাকে। চিকিৎসকগণ বলেন—মেরুদণ্ড বা তাহার নিকটস্থ গ্রন্থি হইতে উৎপন্ন এক প্রকার পদার্থই জীবদেহে উত্তাপ বা অগ্নি উৎপন্ন করে। গা জালা, গাভ্রণাহ প্রভৃতি আগুনের ক্রিয়া। জঠরাগ্নির কথা কে না জানেন। ইন্ধন (খাদ্য) না পাইলে এই অদৃশ্য অগ্নি জলিয়া উঠে। পরিপাক ক্রিয়ায় অগ্নির আবশ্যক, এই অগ্নির হ্রাস হইয়া অজীর্ণ পীড়ার উৎপত্তি হয়; তাই অজীর্ণ রোগকে মন্দাগ্নি বা অগ্নিমন্দা বলে। অগ্নি যেমন এক দিকে মঙ্গলময়, তেমনই অপর দিকে অনিষ্টকারী। অগ্নি যখন রন্ধন কার্যে ব্যবহৃত হয়, তখন তদ্বারা আমাদের শরীরের পুষ্টিকর ও রসনার তৃপ্তিদায়ক নানাবিধ খাদ্য প্রস্তুত হইয়া থাকে। আবার যখন সেই অগ্নি গৃহদাহ করিতে থাকে, তখন আমরা সর্বস্বাস্ত হইয়া থাকি। “দহ” ধাতু হইতে “দেহ” পদ নিষ্পন্ন হইয়াছে। “দহ” ধাতুর অর্থ—বাহ্য নিয়ত দহন হইতেছে। “মনের আগুন” এ অনেককে জলিয়া পুড়িয়া য়িতে হয়। “মনের আগুন”, “কণালের আগুন” বা আধিভৈবিক, আধিভৌতিক, আধ্যাত্মিক প্রভৃতি বিবিধ অগ্নির কথা না হয় বিস্তারিতরূপে নাই বলিলাম; কিন্তু এক কথায় বলা যায়—জলে, স্থলে, অন্তরীক্ষে, স্বাবর, জলম, পৃথিবীর সর্বত্রই যেন অগ্নিময়। বাহার অন্তরে শান্তিবারি প্রবাহিত হয়, যিনি অশান্তির অগ্নিকে প্রজ্জ্বলিত হইতে না দিবার জন্য যথার্থীতি সাংধানতা অবলম্বন করেন, কেবল তিনিই এই অনিষ্টকারী অগ্নির হাত হইতে রক্ষা পান।

আলোচ্য প্রসঙ্গে যে ‘ফোকা’র কথা বলা হইয়াছে,

অগ্রহারণ—১

তাহাও যে দেহস্থ অগ্নি সমুদ্ভূত, তাহাতে সন্দেহ থাকিতে পারে না। এই রোগের নামকরণও অগ্নির উল্লেখ আছে। “নারাঙ্গা” নামটি তত ভীতিপ্রদ নহে, বরং উহাতে পীড়াটিকে সহজসাধ্য বা সামান্য বসিয়াই মনে হয়; কিন্তু অগ্নির সহিত যমের সংযোগ (যম্যগ্নি, যমফোকা) হওয়ার রোগটির নাম অতি ভয়ঙ্কর আকার ধারণ করিয়াছে।

“নাম” পূর্ববর্তী মনিবীর্ণের করিত। “নাম” কাহারও গায়ে লেখা থাকে না, আকার প্রকার বা লক্ষণভেদে “নাম” নির্ণীত হইয়া থাকে। অস্ত্রাত্ম মত্তের চিকিৎসায় নামকরণের বিশেষ আবশ্যকতা থাকিলেও, হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসায় তত প্রয়োজন মনে হয় না। বোগ-লক্ষণই ঔষধ নির্দীপনের পথ-দর্শক—লক্ষণ সংগ্ৰহই এই চিকিৎসার প্রধান কাজ। নিম্নলিখিত রোগী-বিবরণে ইহার যথার্থতা পরিস্ফুট হইবে।

রোগী—জন্মক শিশু; বয়স—১ মাস; নিবাস মহানাদ। বিগত ৩রা শ্রাবণ এই শিশুটির জ্বর হয়, রাতে খুব কাঁদে, পরদিন ৪ঠা প্রাতে কনভালশন (তড়কা) হয়।

প্রায় এক মাস পূর্বে শিশুটির মাথায় তিন চারিটা ফোঁড়া হইয়াছিল। সে সময় আমি বেলাডোনা খাইতে দিই, তাহাতে পরবর্তী ফোঁড়াগুলি বাসিয়া যায়। কিন্তু প্রথমে যে ফোঁড়াটি হইয়াছিল, (বাম কর্ণের ৩৪ অঙ্গুলী উপরে) সেটি বসেও না, পাকেও না। শিশুর মাতা কয়েক দিন তোকুমারির পুলটিস্ দেন। ইহার পরেই জ্বর হয় এবং তৎপরদিন তড়কা হয়। শিশুটির অত্যন্ত কান্না ও তড়কা হইতে দেখিয়া এবং দস্তোদগম সময় মনে করিয়া ক্যামোমিল্লা দিই। ইহাতে তড়কা আর হয় নাই, কিন্তু জ্বর প্রত্যহ সমভাবে হইতে থাকে। জ্বর ছাড়ে না, তবে সকালে ১০।১০২ ডিগ্রী থাকে এবং রাতে জ্বর ১০৪।১০৫ ডিগ্রী পর্যন্ত হয় ও নিরন্তর—বিশেষমতঃ, রাতে সমস্ত রাত্রিই শিশু কাঁদিতে থাকে।

১০ই শ্রাবণ প্রাতে মেখা গেল—তাহার দক্ষিণ কর্ণের নিকটবর্তী স্থানে ৫।৬টা ফোঁকা হইয়াছে। এইদিন নূতন সমস্তায় উদ্ভব হইল। ফোঁকা হইল কেন?

রোগটা তবে কি? ইহা ত ইরিসিপেলাস নহে। কারণ, ইরিসিপেলাস রোগে চর্মের উপর প্রদাহ হইয়া লাল হয় এবং প্রদাহিত স্থান উজ্জ্বল লালবর্ণ, ক্ষীত ও তদুপরি ফোকা হয় ও প্রদাহ বিস্তৃত হইতে থাকে। কিন্তু এই শিশুর গায়ে কোন স্থানে ফুলা নাই; রান্ধা নাই; সুতরাং ইহা “নান্নাক্সা” অর্থাৎ রান্ধা না।

১১ই শ্রাবণ—অজ্ঞ দেখা গেল যে, অজ্ঞাত স্থানেও আবার ৬৭টি নতুন ফোকা হইয়াছে। ফোকা হওয়ার পরই ক্যানোমিলাকে ত্যাগ করিয়া, অজ্ঞ ঔষধের আশ্রয় লইতে হইল। ফোকার অসংখ্য ঔষধের মধ্যে এপিস্ ও রসটক্স উপযোগী বলিয়া মনে হইল। ইহাদের মধ্যে দক্ষিণ দিকে ফোকা হইয়া বাম দিকে উহার গতি হইলে “এপিস্” নির্দেশিত হয়। এই শিশুর ফোকা কেবল দক্ষিণ দিকেই সীমাবদ্ধ। এমন কি, নিম্ন ওষ্ঠে একটি ফোকা হইয়াছে; তাহাও দক্ষিণাংশ ব্যাপিয়া। প্রথমে বামদিকে ফোকা আরম্ভ হইয়া দক্ষিণ দিকে হইতে থাকিলে, “নাস্টিউক্স” মহোপকারী ঔষধ। এই শিশুর ফোকা বামদিকে আরম্ভ কিবা একটিও বামদিকে হয় নাই। কিন্তু মস্তকের বামদিকের ফোকাটিকে কেন্দ্র মনে করিয়া নাস্টিউক্স ৩০, প্রত্যহ এক মাত্রা করিয়া খাওয়াইবার ব্যবস্থা করিলাম।

৩ দিন রসটক্স প্রয়োগে গীড়ার গতিরোধ হইল না। অর ও কান্না পূর্বের তায় এবং প্রত্যহই ৬৭টি করিয়া নতুন ফোকা হওয়ার, শিশুর মস্তকের দিক হইতে শুষ্কতার দক্ষিণ পার্শ্ব পর্যন্ত সমস্ত দক্ষিণ দিকটা ফোকায় ভরিয়া গেল। দক্ষিণ চক্কের পাতা, দক্ষিণ গণ্ড, মস্তকের পশ্চাদিক, পৃষ্ঠের দক্ষিণাংশ, দক্ষিণ পঞ্জর এবং পেটের দক্ষিণ দিক প্রভৃতি সকল স্থানেই ফোকা দেখা দিল। হয় নাই ফোকা কেবল পায়ে।

১৪ই শ্রাবণ—প্রাতে দেখা গেল যে, অজ্ঞাত দিনের জ্বর অজ্ঞ অনেকগুলি ফোকা হইয়াছে, তন্মধ্যে দক্ষিণ তনের উপর দিকে একটি ও দক্ষিণ হস্তের কনুইয়ের দিকটে একটা কমলা লেবুর জায় বৃহৎ ফোকায় উদ্ভব হইয়াছে। এ পর্যন্ত এত বড় ফোকা হয় নাই

এবং উদ্ভূত ফোকা আপনিই গলিয়া বাইত। কিন্তু অদ্যকার এই বড় দুইটি ফোকায় অনেক জল জমিয়া রহিয়াছে, দেখা গেল। সুতরাং তাহা গালিয়া বাহির করিয়া দিতে হইল। এই দিন মাথার সেই ফোড়াটি পাকিয়া গিয়াছে এবং তাহার ২১৩ অঙ্গুলি নিয়ে ঐরূপ আকারের আরও একটি ফোটক ঠেলিয়া উঠিয়াছে দেখা গেল। প্রথম দিনের ফোকা কতক শুকাইয়া আসিলেও, অজ্ঞাত ফোকায় ক্ষতগুলির জন্ত শিশুকে শয্যায় শোওয়ান—এমন কি, কোলে লওয়া পর্যন্ত অসম্ভব হইয়াছে। পূর্বে প্রত্যহ একবার করিয়া বাছে হইত, গত দুই দিন বাছেও হয় নাই। অর ও নিয়ত কান্না পূর্বের জায় সমজাব। আজ বৈকালে শ্বাসপ্রশ্বাসের (রেস্পিরেশনের) অবস্থা অত্যন্ত খারাপ দেখা গেল। শিশু মুখ ঐরূপভাবে হাঁ করিয়া আছে যে, দেখিলেই মনে হয়—শিশুটির জীক্স অতি সঙ্কটাপন্ন অবস্থায় উপনীত হইয়াছে। তথাপি ঔষধ পরিবর্তন করিতে পারিলাম না, শক্তি পরিবর্তন করিতে ইচ্ছা হইল। কিন্তু পরদিনে বৈচিত্র্য প্রসিদ্ধ প্রবীণ হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ত্রীযুক্ত মহেন্দ্রনাথ ভট্টাচার্য মহাশয়কে আনা হইবে বলিয়া, আমি আর নতুন কোন ব্যবস্থা করিলাম না।

১৫ই শ্রাবণ—অজ্ঞ ডাঃ মহেন্দ্র বাবু আসিলেন। যথারীতি রোগী দেখা হইয়া গেল। মস্তকের ফোড়াটি উত্তমরূপে পাকিলেও অস্ত্র করা হইল না। কারণ, তোকমারি দেওয়ার পর হইতেই এই আগুন জলিয়াছে, অস্ত্র করিলে তাহার ফল আবার কিরূপ হইবে, কে বলিতে পারে? পক্ষান্তরে, আর একটি সমশ্রেণীর ক্ষে.টকও সহচররূপে দেখা দিয়াছে। এই সকল বিবেচনায় আরও দুই একদিন উহার গতি পর্যবেক্ষণের জন্ত অস্ত্র প্রয়োগ স্থগিত রহিল। তিন দিন বাছে হয় নাই, সেইজন্ত আপাততঃ পেটে সাবান ও রেড্ডির তৈল মালিশ করিতে বলা হইল। ইহাতে রাখে না হইলে পেটের উপর নীলবড়ি বসিয়া দেওয়ার কথা বলা হইল। অবশেষে নিতান্ত প্রয়োজন হইলে (আরও চাই এক দিন পর) এনিয়া সাহায্যে গ্লিসারিন প্রয়োগ করা হইবে।

স্থির করা হইল। ক্ষতের উপর এ পর্য্যন্ত কোন ঔষধ বাহ্যিক প্রয়োগ করা হয় নাই। কেলেণ্ডুলা মাদার দিবার প্রস্তাব করিলাম, কিন্তু মহেন্দ্র বাবু তাঁহার বহু অভিজ্ঞতা-প্রসূত জালা-নিবারক ও ক্ষত শুষ্কারক অল্প ঔষধের ব্যবস্থা করিলেন। তাহা এই—“কৃষ্ণতিল খোসা ছাড়াইয়া (খানিকক্ষণ তিল ভিজাইয়া রাখিয়া বস্তার উপর রগড়াইলেই উহা খোসাবিহীন হয়) উহা উত্তমরূপে বাটিয়া, তৎসহ দুগ্ধের সর মিশ্রিত করিয়া তাহাই সমুদয় ক্ষতের উপর প্রলেপ দিতে বলিলেন। ত্রিশ্রুশ্রু রুসটিক্সই রহিল, কিন্তু তিনি উহার শক্তি পরিবর্তন করিয়া ৩০শ শক্তির পরিবর্তে প্রত্যহ একবার করিয়া রুসটিক্স ২০০, ব্যবস্থা করিলেন। এই সময় শিশুর প্রমাতামহী জিজ্ঞাসা করিলেন—“রোগটা কি হইয়াছে?” ডাঃ মহেন্দ্র বাবু বলিলেন—“নারাক্স”। এই উত্তর কিন্তু তাঁহার মনঃপূত হইল না। তিনি বলিলেন—“না বাপু, এ “নারাক্স” নয়; “নারাক্স” আমি অনেকের হইতে দেখিয়াছি, এরূপ রোগ আমি কখনও দেখি নাই।”

১৬ই ও ১৭ই আশ্বিন—এই দুই দিন রুসটিক্স সেবনে আশাতীত সুফল দর্শিল। রোগের গতি ভালর দিকে ফিরিল। ১৫ই হইতে কাশী অপেক্ষাকৃত কম হইয়াছিল এবং ১৭ই জর কমিয়া গেল ও বাহ্যে হইল এবং নূতন ফোফা কতকগুলি বাহির হইলেও, উহার আকারে খুব ছোট ছিল।

১৮ই আশ্বিন—অল্প প্রাতে রোগীকে দেখিতেছি, এমন সময় মস্তকের নূতন ফোঁড়াটির একস্থানে ফাটিবার উপক্রম হইয়াছে দেখিলাম এবং দেখিতে দেখিতে তখনই তাহা ফাটিয়া পূঁথ বাহির হইতে লাগিল। সাবেক

ফোঁড়াটিও অতি শীঘ্র ফাটিবে মনে হইল। পরে সংবাদ পাইলাম—খানিক পরে সেটিও ফাটিয়া গিয়াছে। এই ফোঁড়াটি হইতে নীল রংএর পূঁথ নির্গত হইয়াছিল।

ক্রমে শিশুর কাশী খুব কমিয়া গেল, ঘুম হইতে লাগিল, জরও ছাড়িয়া ছাড়িয়া আসিতে লাগিল। দিবারাত্রি ৩৪ ঘণ্টা মাত্র জর ভোগ করে। উত্তাপও ১০১—১০১.৫ এর উপর আর উঠে না এবং প্রত্যহ একবার করিয়া বাহ্যে হয়।

২২শ আশ্বিন—ডাঃ মহেন্দ্র বাবুকে পুনরায় আনা হইল। তখন শিশুর অবস্থা খুবই ভাল। মস্তকের ফোঁটক দুইটির আর চিহ্নও নাই। ১০।১৫টি ফোঁড়ার ক্ষত ব্যতীত, অস্ত্রাঘ্র ফোঁড়ার ক্ষতের খুলসী উঠিয়া গিয়াছে। মহেন্দ্র বাবু শিশুর আরোগ্য ঘোষণা করিয়া গেলেন।

ইহার পর কয়েক দিন কয়েকটি নূতন ফোঁড়া হইতে দেখা গেলেও, সেগুলির আকার সরিষার ত্রায় ক্ষুদ্র ছিল। এই “যমারি”র মাহাত্ম্যে শিশুর যে সকল স্থানে ফোঁড়া হয় নাই, সেইরূপ অনেক স্থানেরই চর্শ্ব উঠিয়া গিয়াছিল। বাহা হউক, আর ৫৬ দিনের মধ্যে শিশুটি সম্পূর্ণ আরোগ্য লাভ করিল।

রোগ-তত্ত্বের গবেষণা বা রোগের নামকরণের প্রতি লক্ষ্য না করিয়া, পীড়া যাহাই কেন হউক না—এস্থলে রোগী-তত্ত্ব উত্তমরূপে অর্থাৎ রোগ-লক্ষণ পর্য্যবেক্ষণ করতঃ বা রোগীর চিকিৎসা করিয়াই যে, শিশুটিকে আরাম করা হইল তাহা সহজেই অস্বমেয়। পীড়ার প্রবণতা বাহাতে নষ্ট হয়, তাহাই স্ফটিকংসা এবং হোমিওপ্যাথি তাহাই করিয়া থাকে।

কুইনাইনের অপপ্রয়োগ ও হোমিওপ্যাথি

Abuse of Quinine and Homœopathy.

লেখক—ডাঃ শ্রীবিধুভূষণ তরুণদাস M. D. (Homœo)

L. C. P. S.

পরীক্ষায়ে জর হইলেই সচরাচর আমরা ম্যালেরিয়া বলিয়া ধরিয়া লই। কারণ, পাঁড়াগায়ে রক্ত পরীক্ষার কোন সুযোগ নাই। অনেক সময় বিবর্তিত প্রীহাও পাওয়া যায় না, অথচ ঐ জরকে নিঃসন্দেহে ম্যালেরিয়া বলিয়া প্রচুর পরিমাণে কুইনাইন প্রয়োগ করিয়া রোগীকে যৎপরোনাস্তি কষ্ট দিয়া থাকি। নিম্নে এইরূপ ২টি রোগীর বিবরণ উল্লিখিত হইল।

(১) ব্রোঞ্জীৎ—গত কার্তিক মাসে—(১৩:৬) একটা সম্ভ্রান্ত বংশীয় জীলোককে দেখিবার জ্ঞাত আহূত হই। ইনি খুব প্রাচীন বয়সে সম্প্রতি বিধবা হইয়াছেন। প্রথমবার একাদশীর উপবাস করিয়াই অসুস্থ হইয়া পড়েন। প্রথমে জর হয়, পরে অজীর্ণযুক্তভেদ ও অন্ন বমন হইতে থাকে। এলোপ্যাথিক মতে একজন শিক্ষিত চিকিৎসক ১০ দিন চিকিৎসা করিয়া কোন উপকার না হওয়ায়, বিশেষতঃ ইহার স্বামী উক্ত চিকিৎসকের হস্তেই মারা যাওয়ার আর ধৈর্য্য ধরিয়া থাকিতে না পারায়, আমাকে ডাকেন।

২৯শে নভেম্বর (১৯২৯) প্রাতে আগি আহূত হইয়া রোগীকে পরীক্ষা করতঃ নিম্ন অবস্থাপন্ন দেখিলাম।

বর্তমান অবস্থা—

(ক) উত্তাপ (তখন বেলা ৮টা ১০২.৮ ডিগ্রী। জর হওয়া পর্য্যন্ত এক দিনও জর বিচ্ছেদ হয় নাই। প্রাতে উত্তাপ এইরূপ কমিয়া দ্বিপ্রহরে ১০৪ ডিগ্রী পর্য্যন্ত হয়।

(খ) নাড়ী দুর্বল ও দ্রুত।

(গ) রোগীর শরীর অত্যন্ত ক্লীণ ও দুর্বল।

(ঘ) জিহ্বা পরিষ্কার ও আর্দ্র।

(ঙ) সর্পদা বমনোদ্বেগ এবং জল পান কিম্বা কোন কিছু খাইলে তৎক্ষণাৎ উহা বমন হইয়া যায়। বাস্তব পদার্থ অন্নযুক্ত।

(চ) প্রত্যহ প্রায় ১২/১৪ বার অজীর্ণ পদার্থযুক্ত তরল ভেদ হইতেছে, মলত্যাগকালীন উদরে বেদনা হয়।

(ছ) সম্পূর্ণ ক্ষুধাহীনতা।

(জ) পিপাসা নাই।

নিলাম—এপর্য্যন্ত জর কোন দিনই রিমিশন হয় নাই, প্রাতে উত্তাপ কিছু কমে মাত্র। জরের এই কম অবস্থায় প্রত্যহ প্রায় ১৫২০ গ্রেণ পরিমাণ কুইনাইন সেবন করান হইয়াছে। রোগিণী এলোপ্যাথিক ঔষধ সেবন করিতে নিতান্ত অনিচ্ছুক, সুতরাং হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করাই স্থির করতঃ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

ঔষধ :—

১। Re.

সালফার ২০০, ... একমাত্র।

প্রথমে এই একমাত্র ঔষধ সেবন করাইয়া নিম্ন ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

২। Re.

ইপিকাক ২০০, ... একমাত্র।

১নং ঔষধ সেবনের ২ ঘণ্টা পরে সেব্য।

৩। Re.

অনোবডি পুরিয়া ৬টা, ৩৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

পথ্য :—জল বালি ও ঘোল।

৩০শে নবেম্বর :—গতকল্য বৈকালে অর
১০০ ডিগ্রী হইয়াছিল, অস্ত্র প্রাতে ১০০, বিবিধা কম, তবে
বাঁদী খাইয়া বমন হইয়াছিল, ষোল বমন হয় নাই।
৭ বার দান্ত হইয়াছিল। অস্ত্র প্রাতে দান্ত হয় নাই।
ক্ষুধা নাই।

ঔষধ :—

৪। Re.

ইপিকাক ২০০, ... ২মাত্রা।

প্রতিমাত্রা ৬ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৫। Re.

মেন্সিবো ... ৪ পুরিয়া।

পথ্য—পূর্ববৎ।

১লা ডিসেম্বর :—গতকল্য বৈকালে অর ১০১ ডিগ্রী
হইয়াছিল। অস্ত্র প্রাতে উত্তাপ ৯৯; ২ বার দান্ত
হইয়াছে, তবে তত পাতলা নহে। সামান্য ক্ষুধা হইয়াছে।
বমন বা বিবিধা নাই। রোগিণী অত্যন্ত দুর্বলতা বোধ
করিতেছেন।

ঔষধ :—

৬। Re.

চায়না ৬, ... ৪মাত্রা।

পথ্য—সরু চিড়ার কাঁধ ও ষোল।

রোগিণী এই ব্যবস্থায় ৩৪ দিনের মধ্যেই সম্পূর্ণরূপে
আরোগ্য হইয়াছিলেন।

(২) ক্লোজী :—জনৈক নিষ্ঠাবান বৃদ্ধ ব্রাহ্মণ।
গত আশ্বিন মাসে (১৩৩৬) ইনি ম্যালেরিয়া জরাক্রান্ত
হইয়া নিজ বাসাতে ১২।১০ দিন উপবাস করিয়া
এলোপ্যাথি চিকিৎসায় আরোগ্য লাভ করেন। ৬দুর্গা
পূজার পরে এখানে ভাগবৎ পাঠ করিতে আসেন। ব্রাহ্মণ
পণ্ডিত মাত্রেই সাধারণতঃ একটু গোভী হইয়া থাকেন
এবং পাঠক ব্রাহ্মণদের নানাবিধ চর্য্যচর্য আহার্য্যও প্রচুর
মিলিয়া থাকে। এ ক্ষেত্রেও তাহার ব্যতিক্রম হয় নাই।
এইরূপ আহারাদির অত্যাচারে এবং হঠাৎ বিদেশে

আসায় অর পুনরাবর্তন করে। ম্যালেরিয়া মনে করিয়া
নিজে নিজেই কুইনাইন সেবন করেন। কিন্তু অর নিয়মিত
ভাবে আসিতে থাকে এবং ক্রমে উহা একজরীতে পরিণত
হয়। এরূপ অবস্থায় এলোপ্যাথিক চিকিৎসা করান হইতে
পাকে। কিন্তু ৫।৬ দিন চিকিৎসায় কোন ফল না হওয়ায়
আমি আহৃত হই।

৬ই কার্তিক (১৩৩৬) সন্ধ্যাকালে আমি আহৃত
হইয়া রোগীকে নিয় অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

(ক) উত্তাপ ১০০ ডিগ্রী। শুনিলাম—বিকালে
৪।৫টার সময় অর আসিয়াছে। অর
আসিবার সময় সামান্য শীত করে। প্রাতে
উত্তাপ কিছু কমে—একবারে অর বিচ্ছেদ
হয় না।

(খ) অনবরত অর বমন হইতেছে। বমনের
পূর্বে পেটে অত্যন্ত যন্ত্রণা হয়। বমনকালীন
রোগী শ্বাস্ত কলেবর হন।

(গ) সর্বদা বমনোদ্বগ।

(ঘ) পিপাসা প্রবল, কিন্তু জল পান মাত্র
উহা বমি হইয়া যায়।

(ঙ) অত্যন্ত গাত্রদাহ। গাত্রদাহ হেতু রোগী
অনবরত ছট্‌ফট্‌ করিতেছেন।

(চ) ৩বার তরল দান্ত হইয়াছে।

(ছ) নাড়ী দ্রুত ও দুর্বল।

(জ) জিহ্বা শ্বেতবর্ণের ময়লাবৃত্ত ও আর্দ্র।

ব্যবস্থা :—কুইনাইনের পান্টা অর, বমনের স্বভাব
ও অর বমন, এই কয়েকটা লক্ষণের উপর নির্ভর করিয়া
প্রথমে একমাত্রা নক্সভমিকা সেবন করাইয়া নিম্নলিখিত
ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

(১) Re.

ইপিকাক ২০০, ... একমাত্রা।

নক্সভমিকা সেবনের ১ ঘণ্টা পরে সেব্য।

(২) সমগ্র উদরে ঠাণ্ডা জলের পটি দিয়া বাতাস করিতে বলিলাম।

(৩) মধ্যে মধ্যে অন্ন পরিমাণে টাটকা ছানার জল পান করাইতে বলিলাম। ঘরে পাতা দধির টাটকা ঘোলও মধ্যে মধ্যে একটু একটু দিতে বলা হইল।

ঐ দিন রাত্রি প্রায় ৯:১০ টার সময় পুনরায় রোগীকে দেখিতে গেলাম। দেখিলাম—রোগী ঘুমাইতেছেন। শুনিলাম—২য় ঔষধটা সেবনের ১০:১৫ মিনিট পরেই রোগী স্নহ হইয়া ঘুমাইয়া পড়িয়াছেন। জাগাইতে নিষেধ করিয়া চলিয়া আসিলাম।

৭ই কার্তিক—প্রাতে অন্ন ৯৯ ডিগ্রী। অস্ত্র কোন উপসর্গ নাই। প্লেসিবো ৬টা পুরিয়া দিয়া ৩ ঘণ্টান্তর

উহা সেবন করিতে বলিলাম। পথ্যার্থ—জল বাড়ি ও ঘোল ব্যবস্থা করিলাম।

এই দিন বিকালে উত্তাপ ১০১ ডিগ্রী এবং ২:৩ বার বমন ও বমনোদ্বেগ হইয়াছিল। শিশাসা ছিল না। ইপিকাক্ ২০০, এক মাত্রা দেওয়া হইল।

৮ই কার্তিক—উত্তাপ স্বাভাবিক, কোন উপসর্গ নাই। রোগী অনেক স্নহ বোধ করিতেছেন। প্লেসিবো ৬টা পুরিয়া দিয়া উহা ৩ ঘণ্টান্তর সেবন করিতে বলিলাম।

রোগীর আর অন্ন হয় নাই, ঔষধও আর কিছু দিতে হয় নাই। দুর্বলতার জন্ত কেবল চায়না ৬, প্রত্যাহ ২বার করিয়া ৩৪ দিন দেওয়া হইয়াছিল।

ভ্রম সংশোধন

বিগত কয়েক সংখ্যা চিকিৎসা-প্রকাশে প্রকাশিত কয়েকটা প্রবন্ধে অনবধানতা প্রযুক্ত কয়েকটা ভুল ছাপা হইয়াছে। নিম্নে উহা উল্লেখ পূর্বক সংশোধন করিয়া দেওয়া হইল।

(১) ৭ম সংখ্যার (কার্তিক—১৩৩৭ ৩৬৯ পৃষ্ঠায় প্রকাশিত “হোমিওপ্যাথিক মতে পশু চিকিৎসা” শীর্ষক প্রবন্ধে—

৩৬৯ পৃষ্ঠার প্রথম কলামের ১০ম পংক্তিতে “আবাদের” স্থলে “অপবাদের” হইবে।

৩৭৪ পৃষ্ঠার দুই কলামে যে যে স্থানে ix ছাপা হইয়াছে, সেই সেই স্থলে উহার পরিবর্তে ix হইবে।

৩৭৪ পৃষ্ঠার ১ম কলামের ২৩শ পংক্তিতে “এ সকল” এই কথার পরিবর্তে ঐ স্থলে “ঐরূপ” হইবে।

৩৭৪ পৃষ্ঠার ১ম কলামের ২৫শ পংক্তিতে “উহার” এই কথার পরিবর্তে ঐ স্থলে “বাহা” হইবে।

(২) ৪র্থ সংখ্যার (জ্যৈষ্ঠ ১৩৩৭) ১৮৬ পৃষ্ঠায় প্রকাশিত “খাদ্য” শীর্ষক প্রবন্ধে—

১৮৭ পৃষ্ঠার ১ম কলামের ১৬শ পংক্তিতে “যে উপাদানে” এই কথার পরিবর্তে ঐ স্থলে “যে অনুপাতে” হইবে।

(৩) ৫ম সংখ্যায় (ভাদ্র ১৩৩৭) ২৩৯ প্রকাশিত “খাদ্য” শীর্ষক প্রবন্ধে—

২৩৯ পৃষ্ঠার ২য় কলামের ৭ম পংক্তিতে “নামক জিনিষ” এই কথার পরিবর্তে ঐ স্থলে “নামক যে জিনিষ” হইবে।

২৪১ পৃষ্ঠার ১ম কলামের ২য় পংক্তিতে “ডি-এমাইনেসন প্রক্রিয়াতে নাইট্রোজেন বিহীন অংশে বিভক্ত হয়” এই কথার পরিবর্তে “ডি-এমাইনেসন প্রক্রিয়াতে নাইট্রোজেন সংযুক্ত ও নাইট্রোজেন বিহীন অংশে বিভক্ত হয়” হইবে।

পাঠকগণ এই ভুল কয়েকটা সংশোধন করিয়া লইলে অল্পগৃহীত হইবে।



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয়
মাসিক পত্র ও সমালোচক

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল-পৌষ

৯ম সংখ্যা

বিবিধ

রক্তোৎকাশে—তার্পিণ তৈল (oil Turpentine in Hæmoptysis) :—
রক্তোৎকাশ নিবারণার্থ ডাক্তার হেন্ বলেন—“রুমালে
কিঞ্চিৎ তার্পিণ মাখাইয়া রোগীকে ভ্রাণ লইতে দিলে এবং
আভ্যন্তরীণ ও বাহ্যিক ব্যবহার জ্ঞাত বরফ; আবশ্যিক
হইলে শিরা কটন করিয়া রক্তমোক্ষণ এবং সে’ন জ্ঞাত
লেড্-এসিটেট অথবা গ্যালিক এসিড্ ব্যবস্থা করিলে
সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায়।

(Pract. Medicine 05.)

হুপিংকফে—পিসিডিয়া (Piscidia
in whooping cough) :—ডাক্তার আলেক্জেন্ডার
লিখিয়াছেন যে,—ম্যালেরিয়ায় কুইনাইন্ ব্যবহার করিয়া
যেমন সফল পাওয়া যায়, ঠিক তেমনি হুপিংকফে
“পিসিডিয়া” (Piscidia) ব্যবহার করিয়া সফল পাওয়া
গিয়াছে। ইহা প্রয়োগে নিউমোগ্যাট্রিক্ স্নায়ু-শাখা
সমূহের উগ্রতা খুব শীঘ্র দূরীভূত হইয়া আক্ষেপ দমিত হয়।
এতদ্ব্যতীত পিসিডিয়া লিকুইড্ ব্যবহৃত হয়।
পূর্ণ বয়স্কদের জন্ত মাত্রা ২০—১২০ বিন্দু।

(Pract. Medicine 05.)

মূত্রকারক রূপে—জলের ব্যবহার
(Water as a diuretic) :- শিশুদের মূত্র
বারা কাঁচা বা কাপড় চোপড়ে দাগ লাগিলে, অথবা
জন্য কোন ও দৈহিক রক্ত বিধানের ক্রিয়া বিকৃতি জন্য মূত্র
গাঢ় এবং উহার বর্ণ গভীর হইলে, অবিলম্বে মূত্রকারক
ঔষধ ব্যবহার আবশ্যিক হয়। এতদ্ব্যতীত সাধারণ জলই
শ্রেষ্ঠ ঔষধ। পুনঃ পুনঃ প্রচুর পরিমাণে জল পান করিতে
দিলে, মূত্র-মার্গ দিয়া রক্তমধ্যস্থ সঞ্চিত সমুদয় বিষ-পদার্থ
নিঃসৃত হইয়া যায়।

(The Dietic Hygienic Gazette)

অর্শ রোগের ফলপ্রদ ব্যবস্থা :-
অর্শরোগে নিম্নলিখিত ব্যবস্থাটি বিশেষ ফলপ্রদ বলিয়া
কথিত হইয়াছে।

Re.

কোডিন্ সালফেট	...	১২ গ্রেণ।
ক্যালোমেল	...	১২ গ্রেণ।
এড্রিনালিন্ ক্লোরাইড্ সলিউশন	১ ড্রাম।	
ভেসিলিন্	...	১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া মলম প্রস্তুত করতঃ, মলত্যাগান্তে
মলদ্বারে ধীরে ধীরে মর্দন করিতে হইবে।

(The Medical & Surgical Monitor. 1930.)

মূত্রবেগ ধারনের অক্ষমতায়
এট্রোপিন্ (Atropine in incontinence
of urine) :- ডাক্তার নিউড্ লিখিয়াছেন যে,—
বালকবালিকাদের মূত্রবেগ ধারণে অক্ষমতা, শয্যামূত্র
ইত্যাদিতে “এট্রোপিন্ সালফেট্” ব্যবহার করিয়া
আশাতীত উপকার পাওয়া গিয়াছে। নিম্নলিখিত রূপে
ইহা ব্যবহার করা কর্তব্য। বধা :-

(৬ বৎসর বয়স্ক রোগীর জন্য)

Re.

এট্রোপিন্ সালফ্	...	১ সেক্টিগ্রাম।
পরিষ্কৃত জল	...	১০ গ্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ একটা পরিষ্কৃত কাঁচের ছিপিবৃত্ত
শিশিতে রাখিয়া, ইহা ৫ ফোঁটা মাত্রায় ১ চা-চামচ
চিনি মিশ্রিত জলের সহিত মিশ্রিত করতঃ, প্রত্যহ ৩ বার
সেব্য।

প্রত্যহ ১ ফোঁটা করিয়া মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ ক্রমশঃ
৩০ ফোঁটা পর্যন্ত মাত্রায় সেবন করা কর্তব্য। সাধারণতঃ
এই ভাবে ৮ দিন চিকিৎসা করিলেই—পীড়া আরোগ্য
হইয়া যায়। অত্যন্ত দুর্বল্য প্রকৃতির পীড়ায় উক্তরূপে
৮ দিন চিকিৎসা করিয়া ১৫ দিন চিকিৎসা বন্ধ করিতে
হইবে। অতঃপর পুনরায় রোগীর সহনশক্তি অনুযায়ী—ক্রমশঃ
মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া চিকিৎসা আরম্ভ করতঃ ৮ দিন পরে
পুনরায় ঔষধ প্রয়োগ বন্ধ করিতে হইবে।

সাধারণতঃ ২ বৎসর বয়স্ক বালকবালিকাকে প্রত্যহ
সকলসময়ে ২০ ফোঁটা এবং ১৪ বৎসর বয়স্কদিগকে
প্রত্যহ ৬০ ফোঁটার অধিক কখনও প্রয়োগ করা কর্তব্য
নহে। শয্যামূত্র পীড়ায় প্রাতে এক মাত্রা বিকালে এক
মাত্রা এবং রাত্রে শয়নের ২ ঘণ্টা পূর্বে এক মাত্রা সেবন
করান কর্তব্য।

(La Padiat. January. 1930)

টাইফয়েড্ জ্বরে সোডিয়াম্
বাইসাল্ফেট্ (Sodium bisulphate
in Typhoid fever) :- ডাক্তার ম্যাককরমিক্ ও
ক্যানাভী লিখিয়াছেন যে—“টাইফয়েড্ জ্বরে বাইসাল্ফেট্
অব্ সোডিয়াম্ ব্যবহার করিয়া অতি সুন্দর ফল পাওয়া
গিয়াছে। ৭১ গ্রেণ সোডিয়াম্ বাইসাল্ফেট্ প্রতি আউন্স
জলে দ্রব করতঃ, ২ আউন্স মাত্রায় (অর্থাৎ ১৫ গ্রেণ
সোডিয়াম্ বাইসাল্ফ্) প্রতি তিন ঘণ্টান্তর সেব্য।

ইহার আদর্শ রূপকল্প বা কটু নহে। ইহার ক্রিয়া অনেকটা পাকরসের ক্রিয়ার অনুরূপ বলিয়া, ইহার দ্বারা পরিপাক শক্তি বৃদ্ধি পায়। টাইফয়েড, জীবাণুজ বিবের ইহা একটা উৎকৃষ্ট প্রতিষেধক ঔষধ। এই ঔষধ ব্যবহারের সঙ্গে সঙ্গে অজ্ঞাত লক্ষণ সমূহের অবশ্য বধানিধমে চিকিৎসা করা কর্তব্য।

(Therapeutic Gazette. 1930)

অজীর্ণ রোগের ফলপ্রদ ব্যবস্থা :-
নিম্নলিখিত ব্যবস্থাটি অজীর্ণ এবং তজ্জনিত উদরাগ্নান, উপকার উঠা এবং উদরে বায়ু সঞ্চয় বশতঃ পেট বেদনা ইত্যাদিতে বিশেষ ফলপ্রদ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে।

Re.

টংচার কার্ড কোঃ	...	৩ ড্রাম।
এসিড হাইড্রোসিয়ানিক্ ডিল্ ৪০	...	মিনিম।
স্পিরিট এমন এরোমেট্	...	২ ড্রাম।
টীং জিজিবারিস্	...	৩ ড্রাম।
স্পিরিট্ ক্লোরোফর্ম	...	২ ড্রাম।
একোয়া কার্বাই	এড্	৬ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ৪ ড্রাম মাত্রায় মধ্যে মধ্যে সেব্য।

উদরাগ্নান উপকার এবং উদরে বায়ু সঞ্চয় ইত্যাদিতে এই মিশ্রটি অতিশয় ফলপ্রদ। (Charteris)

পরীক্ষিত দেশীয় মুষ্টিষোগ :- সুপ্রসিদ্ধ চিকিৎসক ডাঃ ত্রিযুক্ত নরেন্দ্রকুমার দাশ M. B. ভিষকাচার্য মহোদয় নিম্নলিখিত কয়েকটা পরীক্ষিত দেশীয় ঔষধের বিষয় লিখিয়া পাঠাইয়াছেন, নিম্নে উহা উল্লিখিত হইল।

(১) রাতকাণা রোগের ঔষধ :-
বিশুদ্ধ গব্য ঘৃত (নিম্ন বাটীতে গোহৃৎ হইতে প্রস্তুত রাখুন, গলাইয়া) ক্রিষ্ট উষ্ণ করিয়া প্রত্যহ সন্ধ্যায়

একবার করিয়া চক্ষু মধ্যে প্রয়োগ করিলে, কিয়দিন মধ্যেই “রাতকাণা” রোগ সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইয়া যায়। ইহা বহু পরীক্ষিত।

(২) জ্বর ও জ্বরীয় উপসর্গের অব্যর্থ ঔষধ :-

(ক) Re.

অতৈচ চূর্ণ	...	১ রতি।
নিমছাল চূর্ণ	...	৪ রতি।
মকরধ্বজ	...	১/২ রতি।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ, মধুসহ খলে উত্তমরূপে মাড়িয়া খাইতে দিলে অত্যধিক জ্বরের উপশম হয়। জ্বরীয় উত্তাপ হ্রাস পাইলে এই ঔষধ বন্ধ করিয়া, নিম্নলিখিত ঔষধ সেবন করাইতে হইবে। ইহাতে জ্বর বন্ধ হইবে।

(খ) Re.

ক্ষেত পাণ্ডা	...	আধ তোলা।
মুখা	...	আধ তোলা।
রক্ত চন্দন	...	আধ তোলা।
জল	...	আধ সের।

একত্রে মৃৎপাত্রে করিয়া অগ্নির উত্তাপে ধীরে ধীরে জাল দিয়া শেষ আধ পোয়া থাকিতে নামাইয়া ছাঁকিয়া লইবে এবং শীতল হইলে, তন্মধ্যে আধ তোলা আন্দাজ বিশুদ্ধ মধু মিশ্রিত করিয়া অর্ধেক মাত্রায় দুই বারে সেব্য। ইহাতে ৪৫ দিন মধ্যেই জ্বর নিশ্চয়ই বন্ধ হইবে।

(গ) জ্বরে অত্যধিক দাহ হইলে :-

কটকী চূর্ণ সিঁকি তোলা ও দেশী চিনি সিঁকি তোলা একত্রে মিশ্রিত করিয়া প্রাতে ও বৈকালে খাইতে দিলে, জ্বর ও তজ্জনিত দাহের উপশম হয়।

স্বাস্থ্যের প্রাথমিক সমস্যা
নির্ণয় (Early diagnosis in Pulmonary Tuberculosis) :- মেডিক্যাল প্রাণিক
(Medical world) পত্রে এন, জি, বেন্টস (N. G. Bentsz)

লিখিয়াছেন—“বহির্কর্ণের রন্ধে, তীব্র বেদনা, একটা চক্ষু তারকা প্রসারিত, দেহের একদিকে ঘর্ম এবং ক্যাকাসে ভাব, এই কয়েকটা লক্ষণ উপস্থিত হইলে ফুস্ফুসীয় বন্মার সূত্রপাত হইয়াছে, বুঝিতে হইবে। বলা বাহুল্য যে, এই সকল লক্ষণ—যে দিকের ফুস্ফুস আক্রান্ত হইয়াছে, সেই দিকেই প্রকাশিত হইবে।

(Medical world—1930.)

পশ্চিমলোকে বিখ্যাত জীবাণুতত্ত্ববিদ
—বিখ্যাত জীবাণুতত্ত্ববিদ, কলেরা রোগে টীকা দিবার প্রধার আবিষ্কারক এবং বোম্বাই সহরের হাফ্কিন ইনষ্টিটিউটের প্রতিষ্ঠাতা মিঃ ওয়ালডিমার মর্ডকাই হাফ্কিন সি, আই, ই, সুইজারল্যান্ডের অন্তর্গত লোজান নগরে ৭০ বৎসর বয়সে হঠাৎ প্রাণত্যাগ করিয়াছেন।

ইনি রুশিয়া দেশে জন্মগ্রহণ করিয়াছিলেন এবং রুশিয়া, ফ্রান্স, সুইজারল্যান্ডের বিশ্ববিদ্যালয়ে শিক্ষালাভ করিয়াছিলেন। মিঃ হাফ্কিন ১৮৯৩ খৃঃ অব্দ হইতে ১৯৫ খৃঃ অব্দ পর্যন্ত ভারতে জীবাণুতত্ত্ব সম্পর্কীয় গবেষণাকার্যে নিযুক্ত ছিলেন। ১৮৯৬ খৃষ্টাব্দে তিনি বোম্বাই সহরে সরকারী গবেষণাগারের প্রতিষ্ঠা করেন। পরে উহা হাফ্কিন ইনষ্টিটিউট নামে পরিচিত হয়। তিনি কলিকাতার অণুবীক্ষণ সমিতি এবং জগতের বহুস্থানের বৈজ্ঞানিক সমিতিসমূহের সদস্য ছিলেন। ভারতবর্ষে কৃতকার্যের জন্ত তাঁহাকে সি, আই, ই, উপাধি প্রদান করা হয়। অত্যন্ত অনেক শিক্ষা প্রতিষ্ঠান হইতেও তিনি উপাধি লাভ করেন। মিঃ হাফ্কিন প্লেগ, কলেরা এবং টাইফয়েড রোগ সম্বন্ধে বহু গ্রন্থ প্রণয়ন করিয়াছেন।

London 27 oct. 1930.

চিকিৎসা-বিজ্ঞানে আলোক-রশ্মির স্থান

লেখক—ডাঃ ডার শ্রীজগদীশচন্দ্র ভট্টাচার্য্য, L. M. S.

হাউস সার্জেন কাশীপুর হাঁসপাতাল, শিলচর

—•)†:•(•)†:•(•—

এমন এক দিন ছিল—যখন মানুষ সম্পূর্ণভাবে প্রকৃতির উপরই নির্ভর করিত। কিন্তু সভ্যতাবৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে মানুষ প্রাকৃতিক অবদানের উপর—প্রকৃতিদত্ত বস্তুর উপর বিশ্বাস হারািয়া, সম্পূর্ণ কৃত্রিম উপায়ে জীবনযাত্রা নির্বাহের বন্ধোবস্ত করিয়া, নিজেকে খুব বুদ্ধিমান বিবেচনা করিল। সেদিন বিধাতা বুদ্ধি অলক্ষিতে একটু হাসিয়াছিলেন। কিছুদিন পরেই দেখা গেল, খাণ্ডে অতিমাত্রায় বৈজ্ঞানিকতার জন্ত রিকট, সার্ভি, বেরী বেরী, প্যালাগ্রা ও

মুক্ত আলো বাতাসের অভাবে টাউবারকিউলোসিস, এনিমিয়া ও নানাপ্রকার যেটাবলিক রোগের সৃষ্টি হইতে আরম্ভ হইয়াছে। তখন মানুষের দৃষ্টি পুনরায় প্রকৃতির দিকে আকৃষ্ট হইল এবং এখন আবার সেই প্রকৃতিগত বস্তুকেই আপনার প্রয়োজনে লাগাইতে আরম্ভ করিয়া মানুষ বাস্তবিকই নিজেকে বুদ্ধিমান প্রমাণ করিতেছে।

বর্তমান উন্নত চিকিৎসা-বিজ্ঞানে, সহজ মূলভ প্রকৃতিদত্ত আলোকরশ্মির স্থান অত্যন্ত উচ্চ। ইহা কখনও

অতি সাধারণ সূর্যালোকরূপে এবং কখন কখন কমপ্লেক্স বৈদ্যুতিক আলোকরূপে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। তাহা ছাড়া সৌরকিরণকে ত্রিকোণ কাঁচ সাহায্যে (Prism) ভগ্ন করিয়া তাহার কোন কোন উপাদানকে বিশেষ বিশেষ অবস্থায় ব্যবহার করা হইতেছে। এতদ্ভিন্ন রেডিয়াম খাত্ত হইতে নির্গত এবং নানাবিধ বৈদ্যুতিক রশ্মিও বিশেষ প্রয়োজনানুসারে ব্যবহৃত হয়। সুতরাং সাধারণ সূর্যালোক, স্পেকট্রামের আল্ট্রা-ভায়োলেট (Ultra-violet), ইনফ্রা রেড (infra red), লাল, ভায়োলেট, সবুজ প্রভৃতি রশ্মি, বৈদ্যুতিক এক্স-রে, আর্কলাইট, ফিনসেন মার্কারী ভেপার ল্যাম্প এবং রেডিয়াম রে, মামুঘের কাজে ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে। উপরি উক্ত প্রত্যেক বিশিষ্ট প্রকার আলোকের এক একটি বিশিষ্ট গুণ আছে। ক্রমশঃ আমরা তাহাদের সম্বন্ধে সংক্ষেপতঃ কিছু কিছু আলোচনা করিব।

সৌরকিরণ—সূর্যরশ্মি

সাধারণ সূর্যালোক—বেগুনে, নীল, আসমানী, সবুজ, হলুদে, কমলা ও লাল, এই সাত প্রকার আদি বর্ণে বিভক্ত। এই বর্ণমালার নাম স্পেকট্রাম (Spectrum)। সাধারণতঃ রামধনুর মধ্যে এই সপ্তবর্ণের সমাবেশ দেখা যায়। ইহাদের প্রত্যেকের স্বতন্ত্রভাবে এক একটি বিশিষ্ট গুণ এবং সমবেত ভাবে আলোকের একটি পৃথক গুণ বর্তমান আছে। ইহা ভিন্নও এই বর্ণমালার মধ্যে বেগুনে ও লাল রঙের—দুই পার্শ্বে দুই প্রকার অদৃশ্য, অথচ শক্তিশালী কার্যকরী রশ্মি আছে। তাহাদের নাম যথাক্রমে আল্ট্রা-ভায়োলেট (Ultra-violet) ও ইনফ্রা রেড রেজ (Infra red rays.)। বর্তমান চিকিৎসা-বিজ্ঞানে এই আল্ট্রা-ভায়োলেট রেজ (Ultra-violet rays) এর অসাধারণ প্রতিপত্তি।

উন্মুক্ত সূর্যালোক জাপ্তব শরীরে বিশেষ ক্রিয়া প্রকাশ করে। শরীরের বৃদ্ধির পক্ষে ইহা অপরিহার্য। নিম্নলিখিত বাতাস ও উন্মুক্ত সূর্যালোক যথাবিহিতভাবে সেবন করিতে পারিলে রোগ প্রতিষেধক শক্তি যে, বিশেষভাবে বর্দ্ধিত হয় ;

তাহার মধ্যেই প্রমাণ পাওয়া গিয়াছে। টিউবারকিউলোসিস, রিকেট, রক্তহীনতা, পুষ্টিবিহীনতা ও নানাবিধ উন্মুক্ত ক্ষত (open wounds and ulcers) প্রভৃতির চিকিৎসায় সাধারণ সূর্যালোক ব্যাপকভাবে ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে। যন্মার চিকিৎসায় কোন কোন সময় সমস্ত দেহ কিংবা মাত্রা অনুসারে কোন কোন অংশ প্রত্যহ সূর্যালোকে কিছুক্ষণ উন্মুক্ত রাখিতে হয়। যন্মা-জীবাণু উপর সূর্যালোকের বিশিষ্ট ক্রিয়া (Specific action) আছে। উন্মুক্ত ক্ষতের (Open wound) চিকিৎসায় উপযুক্ত মাত্রায় সূর্যালোক প্রয়োগে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। আঘাতপ্রাপ্ত স্থান একখানি পরিশুদ্ধ (Sterilised) গজ দিয়া ঢাকিয়া প্রত্যহ ১০।১৫ মিনিট সূর্যালোকে উন্মুক্ত রাখিতে হয়। উহাতে চাঁদুর উত্তেজনা হইয়া তাড়াতাড়ি ক্ষত শুকাইয়া যায়। প্রত্যহ ২০।৩০ মিনিটের বেশী রৌদ্র প্রয়োগ অনুচিত ; কেননা, ইহাতে ক্ষত স্থানে প্রাণ জন্মিতে পারে।

বেগুনে, নীল প্রভৃতি বর্ণবিশিষ্ট আলোক রশ্মির প্রত্যেকটির ক্রিয়া বিভিন্ন ; যথা—সবুজ আলো খুব মৃদু, লাল আলো উত্তেজক ; নীল আলো নিস্তেজক (depressing)। নিউরেসেনিয়া রোগগ্রস্তকে এই সব রশ্মি প্রয়োগ করিয়া ইচ্ছামত উত্তেজনা বা অবসাদ প্রদান করিয়া আশামুরূপ ফললাভ করা যায়।

“বেগুণাতীত” রশ্মি বা

Ultra-violet rays.

যত প্রকার কৃত্রিম আলোকের দ্বারা চিকিৎসা হইয়া থাকে, তন্মধ্যে আল্ট্রা-ভায়োলেট রশ্মিই (Ultra-violet rays) সর্বপ্রধান। ইহা Spectrum বা বর্ণমালার বেগুনে বর্ণের পার্শ্ববর্তী একটি অদৃশ্য, অথচ বিশেষ ক্রিয়াশীল রশ্মি।

প্রায় দেড় শত বৎসর পূর্বে সৌরকিরণ বিশ্লেষণপূর্বক নিউটন সর্বপ্রথম ইহার অস্তিত্ব অবগত হন। তদবধি

অনেকেই ইহা রোগ অপনয়নে ব্যবহার কবিবার অল্প বিশেষ চেষ্টা করিয়াছেন। কিন্তু উপযুক্ত যত্নভাবে এতদিন ইহা সহজলভ্য ছিল না। বর্তমানে আর্কল্যাম্প, ফি. সেন্স কোয়ার্জ ল্যাম্প বা মার্কারী ভেপার ল্যাম্প ইহাতে ইচ্ছামত এই আলোকরশ্মি রোগীদেহে প্রয়োগ করা সম্ভব হইয়াছে।

সাধারণ প্রাকৃতিক সৌর কিরণেও কিছু পরিমাণ এই রশ্মি পাওয়া যায়। তবে মেঘ, বাষ্প, ধূম ধূলিকণা প্রভৃতি ইহার গতির প্রতিবন্ধকতা করে। কিন্তু আকাশ পরিষ্কার থাকিলে স্বর্ধ্যোদয়ের ও স্বর্ধ্যাস্তের সময়কার আলোকরশ্মিতে

Slanting rays) ইহা কিয়ৎ পরিমাণে লাভ করা সম্ভব হয়।

বেগুণাভীত রশ্মির প্রয়োগ বহুবিধ। মাত্রা অল্পসারে ইহা দীর্ঘ-দিন ব্যবহারে খুব সুফললাভের আশা করা যাইতে পারে। কলিকাতায় এবং যক্ষ্মস্থলেও অনেকস্থলে চিকিৎসকেরা বর্তমানে ইহা ব্যবহার করিতেছেন। সর্স্রবিধ আলোক-চিকিৎসার মধ্যে ইহাই সর্স্রাপেক্ষা অধিক রাসায়নিক গুণসম্পন্ন (chemically active)। ইহা টীণসমূহকে মৃদুভাবে উত্তেজিত করিয়া চিকিৎসকের অভীষিত ফল প্রদান করে।

সর্স্রপ্রকার অস্থিক্রয় রোগে, রিকেট, শিশুর পুষ্টিবিহীনতা এবং বাত প্রভৃতি রোগে ইহার প্রয়োগ খুবই কার্যকরী দেখা যাইতেছে। লিউপাস, রোডেন্ট আলসার, ছুইকত, নালী, পুরাতন ঘা, সোরায়েসিস এবং দাদ প্রভৃতি অধিকাংশ চর্মরোগেই আলট্রা-ভায়োলেট রশ্মি প্রয়োগ করিলে বিশেষ পরিবর্তন লক্ষিত হয়; এমন কি ইহাদের সর্স্রপ্রকার চিকিৎসার মধ্যে এই রশ্মি প্রয়োগই সর্স্রাপেক্ষা অধিক ফলদায়ক বিবেচিত হইয়াছে। এনিমিয়া রোগেও ইহা খুব কার্যকরী। সর্স্রাপেক্ষা আশ্চর্যের বিষয় এই যে, বাহ্যিক রাসায়নিক দুর্বলতা ও অকাল বার্কভ্যে ভুগিতেছেন, তাহাদিগকে কিছু দিন আলট্রা-ভায়োলেট (Ultra-violet) রশ্মি প্রয়োগ করিলে দেহ, মনের অভূতপূর্ব পরিবর্তন পরিলক্ষিত হয়।

রঞ্জন-রশ্মি বা এক্স-রে

(Rontgen Rays or X'rays)

এক্স-রে বা রেডিওগ্রাফী আজকাল চিকিৎসা-জগতে বিশিষ্ট স্থান অধিকার করিয়াছে। ইহা ১৮৯৫ খ্রীঃ অব্দে প্রোফেসর রন্টজেন কর্তৃক আবিষ্কৃত হয়। ইহার প্রয়োগ বিবিধ—রোগ নির্ণয়ে ও রোগ চিকিৎসায়। বিশেষরূপে নির্মিত এক্স-রে টিউবের মধ্য দিয়া বৈদ্যুতিক তরঙ্গ পরিচালিত করিলে এই রশ্মি উৎপন্ন হয়। ইহার বিশেষ গুণ এই যে, ইহা সমস্ত অস্বচ্ছ পদার্থের মধ্য দিয়া চালিত হইতে পারে। ফটোগ্রাফীক নিগেটিভের উপর ইহা সাধারণ আলোকরশ্মির মত ক্রিয়া করে; ফলে দেহের কোন অংশে এক পার্শ্বে ফটোগ্রাফিক প্লেট রাখিয়া অত্র পার্শ্বে এক্স-রে চালনা করিলে, দেহের ছায়া—বিশেষতঃ অস্থি বা ঐরূপ কোন কঠিন পদার্থের ছায়া ঐ প্লেটে মুদ্রিত হইয়া যায়। এইরূপ মুদ্রিত চিত্রের নাম—“রেডিওগ্রাফ” বা “স্ক্যানোগ্রাফ”।

ফটো প্লেটের পরিবর্তে বেরিয়াম প্লেটিনোসায়ানাইড বা ঐরূপ কোন পদার্থে অহুলিণ্ড একখানি পর্দা দেহের পশ্চাত্তাগে রাখিয়াও এক্স-রে তে দেহ পরীক্ষা করা যায়; তবে এরূপ স্থলে সঙ্গে সঙ্গে পরীক্ষার ফল লক্ষ্য করিতে হয়।

দেহের অস্থি পরীক্ষা, দেহ মধ্যে আগন্তুক পদার্থ (Foreign body) এবং পাথর (Calculi) প্রভৃতির অবস্থান নির্ণয়, আভ্যন্তরীণ যন্ত্রগুলির স্থান নিরূপণ, পাকস্থলীর ক্ষত, যকৃত (লিভার), মূত্রযন্ত্র (কিডনী) ও অন্ত্র যন্ত্রের ফোঁটক, টিউমার গর্ভে জঞ্জের অবস্থান ইত্যাদি দেহমধ্যস্থ অবস্থাগুলি প্রত্যক্ষ করিতে এক্স-রে বা রঞ্জন রশ্মি রোগীর ও চিকিৎসকের বে কি উপকার সাধন করিতেছে, তাহার বর্ণনা করা যায় না। এতদ্বারা ভগ্নাস্থি নিরূপণ বা দেহমধ্যে আগন্তুক পদার্থ (Foreign body) প্রভৃতির পরীক্ষা অপেক্ষাকৃত

সহজ; তবে ক্ষতাদি পরীক্ষা করিতে হইলে রোগীকে পূর্বে বিসমথ (Bismuth) কি বেরিয়াম মিল (Barium meal) খাওয়াইতে হয়; ইহার ফলে উহা ক্ষতস্থানে গিয়া আটকাইয়া পড়ে। কিন্তু এই উভয় পদার্থের মধ্যে দিয়া রঞ্জন রশ্মি চালিত হইতে পারে না, সুতরাং প্লেটে ঐ ঐ স্থানে কালো ছায়া পড়ে, ইহা হইতে উহার অবস্থান নিরূপণ করিতে হয়।

রোগ-চিকিৎসায়ও এক্স-রে'র ব্যবহার নানাবিধ। ইহা আমরা রেডিয়ামের এক সঙ্গে আলোচনা করিব।

রেডিয়াম—Radium.

১৮৯৮ খ্রীষ্টাব্দে ফরাসীদেশের বিখ্যাত ম্যাডাম কুরী রেডিয়াম আবিষ্কার করেন। ইহা বেরিয়াম-ইন্ডিয়াম শ্রেণীর অন্তর্গত অজাবিধ আবিষ্কৃত পৃথিবীর মধ্যে যাবতীয় ধাতুর মধ্যে সর্বাধিক শক্তিশালী ও সর্বাধিক মূল্যবান একটি ধাতু। ইহার বিশেষ গুণ এই যে, ইহা হইতে সর্বদাই উজ্জ্বল তেজসম্পন্ন কিরণ নির্গত হইতেছে। এই কিরণ এত শক্তিশালী যে, কোন জন্তু বা পদার্থের উপর ইহা কিছু অধিককাল নিষ্ক্ষেপ করিলে তাহার মৃত্যু হইয়া যায়। সেইজন্য ক্যান্সার ও নরদেহের অত্যন্ত নূতন অঙ্গের (new growth) উপর রেডিয়াম রশ্মি প্রয়োগ করিয়া, বর্তমানে অস্ত্রোপচারের প্রয়োজনীয়তা অনেক হ্রাস হইয়া গিয়াছে।

গতিবেগ এবং গুণানুসারে রেডিয়াম রশ্মিকে আলফা (α), বীটা (β), ও গামা (γ); এই তিন শ্রেণিতে বিভক্ত করা হইয়াছে। আলফা-রে প্রতি সেকেন্ডে ২০,০০০ মাইল পরিভ্রমণ করিতে পারে, কিন্তু ইহা কোন অস্বচ্ছ পদার্থের মধ্য দিয়া চালিত হইতে পারে না; ফলে সামান্য এক টুকরা কাগজের দ্বারাও “আলফা-রে”র গতিরোধ করা যায়। “বীটা-রে” সেকেন্ডে ১৮৬,০০০ মাইল গতিবিশিষ্ট, কিন্তু গামা রশ্মিগুলি শুধু ইথারের কম্পন মাত্র এবং ইহা এক্স-রে বা সাধারণ আলোকের সমতুল্য; কিন্তু টীউব মধ্যে প্রবেশ করিবার শক্তি ইহারই সর্বাধিক। রোগীর উপর প্রয়োগ

কালে এই সমস্ত রশ্মিই এক সঙ্গে কিম্বা উপযুক্ত আবরণ দ্বারা একটি রশ্মি হইতে অপরকে পৃথক করিয়া ব্যবহার করা হয়। ইহাদের মধ্যে “গামা” রশ্মি এবং কতকাংশে “বীটা” রশ্মিই চিকিৎসা-বিজ্ঞানে ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

রেডিয়াম ব্যবহার করিতে হইলে ফ্লাট্ এপ্লিকটর (Flat applicator) এর সাহায্যে কিংবা প্লাটিনো-ইরিডিয়ামের সূচী বা টীউবের মধ্যে করিয়া প্রয়োগ করিতে হয়। ইহার মধ্যে দ্বিতীয় উপায়টাই বেশী সুবিধাজনক। অবস্থানানুসারে ক্যান্সার বা এইরূপ টীউব মধ্যে কয়েকটি করিয়া রেডিয়াম টীউব পুতিয়া দিতে হয়। প্রত্যেক রোগীর স্থানিক অবস্থানানুসারে কম বেশী সময় এই সমস্ত নিডল বা টীউব পুতিয়া রাখিলেই, তন্মধ্যস্থ রেডিয়াম-নির্গত তেজে অনিষ্টকর জীবনী-কোষগুলির জীবনী শক্তি নষ্ট হইয়া যায় এবং চতুষ্পার্শ্বস্থ সুস্থ কোষ গুলি (healthy cells) মৃদু উত্তেজিত হইয়া তাহাদের স্থান পূরণ করে। কিন্তু যদি যথোচিত মাত্রার অতিরিক্ত সময় রেডিয়াম প্রয়োগ করা হয়, তবে অনিষ্টকর ও নিকটবর্তী সুস্থ, সমস্ত টীউগুলিই বিনষ্ট হইয়া একটি প্রকাণ্ড ক্ষতে পরিণত হয়; এজন্য বিশেষ সাবধানতার সঙ্গে ইহা প্রয়োগ করা কর্তব্য। রেডিয়াম প্রয়োগের সঙ্গে সঙ্গে ইহার অতিরিক্ত মাত্রাজনিত ক্ষতি বিশেষ লক্ষ্যীভূত হয় না; কিন্তু ১১ দিন পরেই সমস্ত প্রযুক্ত স্থান জলিয়া গিয়াছে দেখা যায়। সুতরাং প্রথম প্রয়োগের পর হইতেই বিশেষ ভাবে মাত্রার দিকে লক্ষ্য রাখিতে হয়।

জলে এবং কোন কোন দ্রবীভূত বস্তুতেও রেডিয়াম প্রয়োগ করিয়া উহা রেডিয়ামের গুণসম্পন্ন করিবার চেষ্টা চলিতেছে; কিন্তু এখনও সম্পূর্ণ সফলকাম হওয়া যায় নাই।

বর্তমানে আমরা এক্স-রে ও রেডিয়ামের প্রয়োগ সম্বন্ধে কিছু কিছু আলোচনা করিব। এই উভয় বস্তুই মানুষের যেমন অসীম উপকার করিতে পারে তদ্রূপ অসীম অপকারও করিতে পারে। ইহা সম্পূর্ণ প্রয়োগ কর্তার জ্ঞানের ও দায়িত্বের উপর নির্ভর করে। ইহা বিশেষ

লক্ষ্যের বিষয় যে, এক পক্ষে যেমন ইহা দেহের অনিষ্টজনক জীবনী কোষগুলিকে বিনাশ করিয়া সুস্থ কোষগুলিকে উদ্ভিজ্জিত করিয়া তোলে ; অপর পক্ষে, মাত্রার অতিরিক্ত প্রয়োগে জীবন্ত কোষগুলির ধ্বংস সাধন করিয়া দেহের সমুহ অনিষ্টও সাধন করিতে পারে।

রোডেট্‌আলসার ; চর্শ্বের সর্বপ্রকার ক্যান্সার ; ওয়ার্টস্‌ ('আঁচিল' এবং কেলসেড প্রভৃতিতে এক্স-রে ও রেডিয়াম, এতদুভয়ের যে কোনটী প্রয়োগে বিশেষ সফল প্রদান কবে। জরায়ু-মুখের ক্যান্সারের চিকিৎসায় রেডিয়াম প্রয়োগ বৈরাগ্য কল্যাণ করিতেছে। তাহার তুলনা হয় না। সর্বপ্রকার ক্যান্সার রোগেই রেডিয়ামের প্রয়োগ বিশেষ উপকারী। ক্যান্সারের মত সার্কোমা (Sarcoma) পীড়া রেডিয়ামের দ্বারা চিকিৎসা করিলে অনেক স্থলেই অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন হয় না। নানাবিধ লিম্ফেটিক গ্রাণ্ডের বিবৃদ্ধি (Various lymphatic enlargements) এক্স-রে বা রেডিয়াম প্রয়োগে আশু উপশম হয়। লিম্ফেডিনমা, লিম্ফোসার্কোমা, হজ্‌কিন্‌স্‌ ডিজিজ, এক্সফ্‌থ্যালমিক গয়টার (Exophthalmic goitre) প্রভৃতি পীড়ায় এক্স-রে ও রেডিয়াম প্রয়োগে যথেষ্ট উপকার পাওয়া যায়।

উপসংহার।

একরূপ ক্ষুদ্র প্রবন্ধে সমগ্র আলোক-বিজ্ঞান সম্বন্ধে আলোচনা সম্ভব নহে। তবে সকলেই যাহাতে এ সম্বন্ধে

কিছু কিছু অবগত হইতে পারেন, তাহার জন্তই এই প্রচেষ্টা। পক্ষান্তরে, ইহাদের উপকারিতা জানা থাকিলে যথঃস্বপ্ন চিকিৎসকগণ দুর্দম্যস্থলে রোগীকে যথাসময়ে এই চিকিৎসাধীন হইবার জন্ত পরামর্শ দিতে পারেন। কলিকাতা এবং প্রধান প্রধান সহরে ও নগরে আজকাল এক্স-রে ও রেডিয়াম এবং কৃত্রিম সূর্যালোক চিকিৎসার ব্যবস্থা হইয়াছে।

বর্তমানে রেডিয়াম, আর্শ্‌ট্রা-ভায়োলেট ও এক্স-রে দ্বারা সর্বপ্রকার রোগোপশমের জন্ত অশেষবিধ চেষ্টা চলিতেছে এবং আশা করা যায়, অদূর ভবিষ্যতে ইহাদের প্রয়োগক্ষেত্র বহুদূর প্রসারী হইবে। রেডিয়াম একটী বহু মূল্যবান ধাতু এবং সমগ্র পৃথিবীতে ইহার পরিমাণ অত্যন্ত সীমাবদ্ধ। কাজেই রেডিয়াম-চিকিৎসা ভারতের দরিদ্র জনসাধারণের পক্ষে সহজলভ্য নহে। তবে এক্স-রে ও আর্শ্‌ট্রা-ভায়োলেট চিকিৎসা ইচ্ছা করিলে অনেকেই করাইতে পারেন। এস্থলে আর একটী উল্লেখযোগ্য বিষয় এই যে, আমাদের এই ভারতবর্ষে প্রাকৃতিক সৌর-কিরণ অনেক সময়েই পাওয়ার অসম্ভাব হয় না। এই প্রকৃতি প্রদত্ত সৌর কিরণ সকলের পক্ষে সর্বাবস্থায়ই সহজলভ্য হইতে পারে। ভারতের চিকিৎসকবৃন্দ যদি এই সমস্ত ব্যয়সাধ্য উপায় গ্রহণ না করিয়া, শুধু প্রাকৃতিক সূর্যালোকই সুবিধামত কাজে লাগান, তাহা হইলেও রোগীকুলের অশেষ উপকার সাধিত হইতে পারে।

টাক (Alopecia) রোগে ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

টীং ক্যান্সারাইডিস	...	৯০ মিনিম।
স্পিরিট রোজমেরি	...	১০ মিনিম।
স্পিরিট ল্যাভেণ্ডুল	...	১০ মিনিম।
ইউডি-কোলন	...	১২ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহাতে এক টুকরা ব্র্যানেল ভিজাইয়া উহা মাধায় উত্তমরূপে ঘর্ষণ করিতে হইবে। প্রত্যহ ৩৪ বার এইরূপে ইহা প্রয়োগ করা কর্তব্য। (Fras. wilson)



ব্রঙ্কায়েক্টেসিস—Bronchiectasis.

লেখক—সার্জন এইচ, এন, চাটার্জি B. Sc. M. D., D. P. H.

Late of his Majesty's Royal Naval H. T.

and Mercantile marine service—China, Japan, New York, Durban etc.



ফুস্ফুসের (Lungs) ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বায়ুনলীর (Bronchial tubes) সমূহের প্রসারণ জনিত (dilatation) প্রাণ্যকে “ব্রঙ্কায়েক্টেসিস” বলে।

পুরাতন ব্রঙ্কাইটিস্ অথবা পুরাতন নিউমোনিয়া হইতে এই পীড়ার উৎপত্তি হইতে পারে। অল্প বয়স্ক বালক বালিকাদের—বিশেষতঃ, ৫—১০ বৎসর বয়স্কদের মধ্যেই এই পীড়ার প্রকোপ সর্বাধিক দেখা যায়। এই বয়সে প্রতি ২০টা শিশুর মধ্যে ১২ জনেরই এই পীড়া হইতে পারে। শীতপ্রধান দেশেই ইহার প্রাবল্য সর্বাধিক দেখা যায়। হৃদযন্ত্র হৃৎপিংকাশি হইতে প্রায়ই এই রোগ হইবার সম্ভাবনা অধিক থাকে। ডাঃ ক্লাইভ স্মিথের বলেন যে, ৩৩টা হৃৎপিংকাশি রোগীর মধ্যে ১০ জনের এই পীড়া হইতে দেখা গিয়াছে। প্রায় হৃৎপিংকাশির সহ অথবা ব্রঙ্কাইটিস্ বা ব্রঙ্কা নিউমোনিয়া হইতে কিম্বা হামের সহযুক্ত ব্রঙ্কাইটিস্ বা ব্রঙ্কা নিউমোনিয়া হইতে ‘ব্রঙ্কায়েক্টেসিস’ রোগের উৎপত্তি হইয়া থাকে।

পৌষ—২

কখন কখন প্রুসিস হইতেও এই পীড়া হইতে পারে। প্রুসিসিতে অত্যধিক পুষ্করস সঞ্চিত হইলে এবং উহা ফুস্ফুসাবরক ঝিল্লী হইতে সম্পূর্ণরূপে নিঃসৃত হইয়া যাইতে না পারিলে, এই পীড়ার উৎপত্তি হইতে পারে বলিয়া, কেহ কেহ সন্দেহ করেন।

লক্ষণ ১—হৃদযন্ত্র কাশিই এই পীড়ার প্রধান লক্ষণ। ব্রঙ্কাইটিস বা নিউমোনিয়া ভাল হইবার পর রোগী কয়েক দিন বেশ ভাল থাকে; তারপর হঠাৎ প্রবল কাশির প্রকোপ প্রকাশ পায় এবং প্রচুর পরিমাণে অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত স্লেমা নিঃসৃত হইতে থাকে; ইহাই এই রোগের বিশেষ লক্ষণ। কাশির বেগ উপশম থাকে কালীন অতি সামান্য পরিমাণে স্লেমা নিঃসৃত হয়; কিন্তু রোগীর শ্বাস-প্রশ্বাসে অত্যন্ত দুর্গন্ধ পাওয়া যায়।

এই পীড়ায় প্রসারিত ব্রঙ্কাই (বায়ুনলী) মধ্যে স্লেমা সংগৃহীত হয়; এই স্লেমা পূর্ণ যুক্ত হইতে পারে। মধ্যে মধ্যে অতিশয় প্রবল কাশি উপস্থিত হয় এবং অতিক্রমে

অধিক পরিমাণে অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত পূজ ও শ্লেষ্মা মিশ্রিত কফ নির্গত হয়। কফ নিঃসৃত হইয়া গেলেই রোগী বস্ত্রগার উপশম বোধ করে।

সাধারণতঃ রাত্রিতে ও প্রাতঃকালে কাশির প্রাবল্য প্রকাশ পায় এবং ইহাতে রোগী খাসকষ্ট অনুভব করে।

ভৌতিক লক্ষণ (Physical sign) :-

বক্ষঃ পরীক্ষা—কখন কখন ফুস্ফুস মধ্যে ‘কেভিটি’ বা গর্ভ অনুভূত হয়। প্রায়ই উভয় ফুস্ফুসেই পুরাতন ব্রঙ্কাইটিসের লক্ষণ সমূহ বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। অনেক সময়ে মাত্র একটি ফুস্ফুসই আক্রান্ত হয়।

এই রোগে প্রায়ই রোগীর দেহ বিবর্ণ (নীলাভ বর্ণের)—বিশেষতঃ, ওষ্ঠপুট, অঙ্গুলীর অগ্রভাগ, মুখ মণ্ডল নীলাভ হইতে দেখা যায়। কখন কখন অঙ্গুলীর অগ্রভাগ চূপসাইয়া যায়।

কাশির পর ষ্টেথোস্কোপ দ্বারা বক্ষঃ পরীক্ষা করিলে ফুস্ফুসে রালস, ব্রঙ্কোনি ও পেক্তোরিলোকুয়ি প্রভৃতি শব্দ শ্রুত হয়।

রোগনির্ণয় (Diagnosis) :-

দিবস কিম্বা কয়েক সপ্তাহ বিরাম থাকিয়া প্রবল কাশির সহিত প্রচুর পরিমাণে অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত শ্লেষ্মা নিঃসরণ এবং বিরামকালে (কতিপয় দিবস বা কয়েক সপ্তাহ) নিঃসৃত শ্লেষ্মা আদৌ দুর্গন্ধ যুক্ত নহে; এই লক্ষণ দ্বারা এই পীড়াকে অল্প পীড়া হইতে সহজেই পৃথক করিতে পারা যায়।

এতদ্বিন্ন নিম্নলিখিত লক্ষণগুলিও রোগ নির্ণয়ের সহায়ীভূত হয়। যথা—

(ক) এই পীড়ায় ক্রমাগত দুর্গন্ধযুক্ত শ্লেষ্মা নিঃসৃত হয় না।

(খ) কয়েকদিন বা কয়েক সপ্তাহ কাশি এবং দুর্গন্ধ যুক্ত শ্লেষ্মা নিঃসৃত হয়।

(গ) বিরামকালে দুর্গন্ধযুক্ত শ্লেষ্মা নিঃসরণ স্থগিত থাকে।

(ঘ) পীড়া সবিরাম আকারে প্রকাশিত হয়।

অস্বাভাবিক পীড়া :- নিম্নলিখিত কয়েকটি পীড়ার সঙ্গে ব্রঙ্কায়েক্টেসিস পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। যথা—

(১) ফুস্ফুসের গ্যাংগ্রীন্ :-

ফুস্ফুসের গ্যাংগ্রীন্ বা পচন রোগের সহিত এই পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। ফুস্ফুসের গ্যাংগ্রীন্ রোগে যে শ্লেষ্মা নিঃসৃত হয়, উহা দুর্গন্ধযুক্ত হইলেও ব্রঙ্কায়েক্টেসিসের শ্লেষ্মার স্থায় অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত নহে। গ্যাংগ্রীনে শ্লেষ্মা নিঃসরণের বিরাম থাকে না—ইহা ক্রমাগতই নিঃসৃত হয় কিন্তু ব্রঙ্কায়েক্টেসিসে কয়েক দিন দুর্গন্ধযুক্ত শ্লেষ্মা নিঃসৃত হইবার পর, কতিপয় দিবস বা কয়েক সপ্তাহ পর্য্যন্ত শ্লেষ্মা স্রাবণের বিরাম থাকে এবং বিরামকালীন দুর্গন্ধযুক্ত শ্লেষ্মা নিঃসৃত হয় না। ব্রঙ্কায়েক্টেসিস রোগে রোগীর আক্রান্ত ফুস্ফুসের নিম্নাংশে প্রতিঘাতে ‘ডাল্’ বা নিরেট শব্দ শ্রুত হয়; কিন্তু রোগীকে মাথা নীচু করিয়া কিয়ৎকাল উণ্ডু করিয়া শোয়াইয়া রাখিলে, যতক্ষণ না রোগী কাশিয়া প্রচুর পরিমাণে কফ নির্গত করে, ততক্ষণ তাহার ফুস্ফুসের নিম্নাংশে প্রতিঘাত করিলে পূর্কোক্তরূপে ‘নীরেট্’ বা ‘ডাল্’ শব্দ পাওয়া যায় না। এই দুইটি বিভিন্ন লক্ষণ দ্বারা এই পীড়া নির্ণয় করা সহজ হয়।

(২) ফুস্ফুসের ফোটিক :-

ফোটিকের সহিত এই পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। ফুস্ফুসের ফোটিকে প্রচুর পরিমাণে শ্লেষ্মা নিঃসৃত হয় এবং উহা তত দুর্গন্ধযুক্ত নহে।

কারণ-তত্ত্ব (Aetiology) :-

কতকগুলি কারণে এই পীড়ার উৎপত্তি হইতে পারে। যথা—

(১) মধ্য বয়স্ক ব্যক্তিদের এই রোগ প্রায়ই দীর্ঘকাল স্থায়ী পুরাতন ব্রঙ্কাইটিস হইতে এবং বালকবালিকাদের হপিংকাশি হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে। দীর্ঘকাল ব্যাপিয়া কাশির আক্ষেপ জন্ম ব্রঙ্কিয়ালটাইব্ সমূহ প্রসারিত হয়; ফলে, এই নলী সমূহের দুর্বল প্রাচীরের প্রদাহ উপস্থিত

হইয়া দুর্গন্ধযুক্ত শ্লেষ্মা সঞ্চিত এবং এই পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে।

(২) এই রোগের অন্ততম কারণ বিবিধ প্রকারের পুরাতন নিউমোনিয়া এবং পুরাতন যক্ষ্মা। এইরূপ রোগ হইতে যে ত্র্যাক্যেক্টেসিস উৎপন্ন হয়, তাহাতে ফুস্ফুসে গর্ত হয়; কিন্তু উহা সাধারণ প্রকৃতির পীড়া হইতে অনেকটা বিভিন্ন প্রকৃতির।

(৩) কোনও আগন্তুক পদার্থ ত্র্যাকিয়াল্ নলীমধ্যে প্রবিষ্ট হইয়া নলীপথ অবরুদ্ধ হইলেও এই রোগের সৃষ্টি হইতে পারে।

(৪) কৌলিক কোনও কারণে এই পীড়া প্রায়ই হইতে দেখা যায় না। তবে কদাচিৎ ২১১টী রোগীর এরূপ দেখা যায়।

(৫) কোনও সংক্রামক পীড়ার পর এই রোগ হইতে পারে।

(৬) টিউমার (অর্কুদ), উপদংশ (সিকিলিস্) জন্মও এই রোগ হইতে পারে।

ভাবীফল (Prognosis) :—এই পীড়া অতি সাংঘাতিক এবং ইহার পরিণাম অত্যন্ত অন্তঃ। অধিকাংশ স্থলেই ইহা দুরারোগ্য হয়। কারণ, এই রোগ যথা সময়ে চিকিৎসায়ীনে আসে না। রোগী দশ বৎসর পর্য্যন্ত জীবিত থাকিতে পারে। উভয় ফুস্ফুসই আক্রান্ত হইলে ভাবীফল সর্বাশঙ্কিত হয়। ফুস্ফুস অথবা প্লুরার (ফুস্ফুসাবরক ঝিল্লা) বিস্তৃত প্রদাহের সহিত এই পীড়া বর্তমান থাকিলেও ভাবীফল অন্তঃ হয়।

আনুষঙ্গিক পীড়া বা উপসর্গ (Complications) :—সাংঘাতিক রক্তস্রাব (বিশেষতঃ, ফুস্ফুস্ হইতে রক্তস্রাব), ফুস্ফুসের পচন, লোবিউলার নিউমোনিয়া এবং পারীমিরা ইত্যাদি উপসর্গরূপে প্রকাশ পাইতে পারে এবং তাহাতে রোগীকে আরও সম্বর নির্জীব করিয়া ফেলে।

চিকিৎসা-Treatment.

দীর্ঘকাল ধরিয়া নিয়মিত ভাবে চিকিৎসা করিলে পীড়া সম্পূর্ণভাবে আরোগ্য না হইলেও, রোগী সুস্থভাবে জীবন

যাপন করিতেও পারে এবং নিজের জীবিকা অর্জনে সক্ষম হয়। তবে রোগীকে প্রবল পরিশ্রম ও অস্বাস্থ্যকর স্থানে বাস করিতে নিষেধ করা কর্তব্য।

এই রোগে এমন ঔষধ ব্যবস্থা করা উচিত—যাহাতে শ্লেষ্মা-স্রাব হ্রাস পায় এবং ফুস্ফুসের উপর প্রবল পচন নিবারক ক্রিয়া প্রকাশ করে। ইহাই চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য। এতদর্থে নিম্নলিখিত ঔষধ কয়েকটা উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়। যথা—

থিওকোল (Thiocol) : ডাক্তার রিভিয়ার এই রোগে থিওকোল ব্যবহারের বিশেষ প্রশংসা করেন। ইহার কোনওরূপ স্বাদ নাই; সুতরাং শিশুরা বিশেষ আনন্দের সঙ্গেই ইহা গ্রহণ করে। ছোট ছোট বালক-বালিকাদিগকে ইনি ৩—৫ গ্রেণ মাত্রায় থিওকোল দিতে উপদেশ দেন।

ক্রিয়োজোট (Creosote) :—ডাক্তার গুড্‌হাট বলেন যে, নিঃসৃত শ্লেষ্মা অত্যন্ত দুর্গন্ধ যুক্ত হইলে, ক্রিয়োজোটের স্বাস গ্রহণ করাইলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। শিশুদের অত্যন্ত শ্লেষ্মা স্রাবণ বর্তমান থাকিলে দিবসে এক বা দুইবার করিয়া প্রতিবারে অর্ধ মিনিট কাল ক্রিয়োজোটের স্বাস গ্রহণ করাইলে এই রোগে ফুস্ফুস মধ্যে যে গর্ত হয়, তন্মধ্যস্থ সমস্ত স্রাব ও শ্লেষ্মা নিঃসৃত হইয়া যাইতে ইহা বিশেষ সাহায্য করে।

এতদর্থে “ক্রিয়োজোট ভেণার বাথ” শ্রেষ্ঠ। ইহা এইরূপে প্রযোজ্য :—

রোগীকে প্রথমতঃ একটি দরজা জানালা বন্ধ কর্তরীতে বসাইয়া গৃহের চতুর্দিকে ৩০ মিনিট ক্রিয়োজোট ছড়াইয়া দিবে এবং রোগীকে এই আবদ্ধ গৃহে ১৫ মিনিট হইতে আরম্ভ করিয়া ৪৫ মিনিট কাল পর্য্যন্ত রাখিবে। রোগীর চক্ষু এবং নাসিকা এই বাষ্প হইতে রক্ষা করা কর্তব্য।

টেরিবিন্থ ও ক্রিয়োজোট (Oil teribinth and Creosote) :—টেরিবিন্থ এবং ক্রিয়োজোট,

৪ বিন্দু মাত্রায় ক্যাপ্‌সুলে ভরিয়া দিবসে ৩ বার সেবন ৩। Re.
করিতে দেওয়া যায়।

রোগীর দুর্গন্ধময় শ্বাস নিঃসরণ হ্রাস করণার্থ ডাক্তার সেভিল্‌ তার্পিন অথবা ক্রিয়োজোটের খাস গ্রহণ উপকারী বলেন। ইহাদের কয়েক বিন্দু তুলা বাক্সমালে মাখাইয়া তাহার খাস গ্রহণ করা কর্তব্য। ১টা ফানেলে কিঞ্চিৎ তুলা দিয়া তাহাতে কয়েক বিন্দু ঔষধ ঢালিয়া ফানেলের নোজল নাগারফ্রেস নিকট রাখিয়া, তাহা হইতে খাস গ্রহণ করা সর্বাঙ্গোপকারী সুবিধা।

মেম্বল ও গোয়েকল (Menthol and Eucalyptol) :—অনেক স্থলে ৫ গ্রেণ মেম্বল অথবা ১ গ্রেণ গোয়েকল ১ ড্রাম অলিভ অয়েলের সহিত মিশ্রিত করিয়া ট্রাকিয়া (গলনলী) মধ্যে দিনে দুইবার ইঞ্জেক্সন্‌ দিবে সমুহ উপকার পাওয়া যায়।

নিম্নলিখিত ব্যবস্থা কয়েকটা এই পীড়ায় ফলপ্রসূরূপে ব্যবহৃত হয়।

১। Re.

টাং বেঞ্জোইন কোঃ ... ৫—১০ মিনিম।
সিরাপ টোলু ... ১৫ মিনিম।
মিউসিলেজ একাশিয়া ... ১/২ ড্রাম।
একোরা ... এ্যাড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। পূর্ণ বয়স্কদিগকে প্রত্যহ ৩৪ মাত্রা প্রযোজ্য। এই পীড়ায় টাং বেঞ্জোইন কোঃ বিশেষ ফলপ্রসূ।

২। Re.

এমন্‌ কার্ক ... ৩ গ্রেণ।
টাং বেঞ্জোইন কোঃ ... ১০ মিনিম।
ক্রিয়োজোট ... ১ মিনিম।
অয়েল্‌ ইউক্যালিপ্টাস্‌ ... ২ মিনিম।
মিউসিলেজ একেশিয়া ... বধা প্রয়োজন।
ডাইনাম ইপিকাক ... ৪ মিনিম।
সিরাপ বাসক্‌ উইথ
কটিকারী এণ্ড টোলু ... ১/২ ড্রাম।
একোরা ক্যান্ডার এ্যাড ১ আউন্স।

একত্র ১ মাত্রা। প্রত্যহ ৩৪ মাত্রা সেব্য।

অয়েল স্যাণ্ডাল ... ৫ কোঁটা।

সুগার অব মিঙ্ক ... ১০ গ্রেণ।

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ ৩৪ মাত্রা সেব্য। ইহাতে শ্বাসের দুর্গন্ধ ও পরিমাণ হ্রাস হইয়া উপকার করে।

৪। Re.

লিকুইড্‌ টার ... ১ কোঁটা।

সুগার অব মিঙ্ক ... ১০ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। ৩। ৪ বৎসরের বালকবালিকাদেঃ পীড়ায় কফ নিঃসরণ হ্রাস করণার্থ প্রত্যহ ২।৩ বার সেবন করাইলে বিশেষ উপকার হয়।

৫। Re.

এমন্‌ কার্ক ... ২৪ গ্রেণ।

টাং সিলি ... ২ ড্রাম।

টাং ক্যান্ডার কোঃ ... ২ ড্রাম।

ইনফিউসন সেনেগী এ্যাড ৮ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ আউন্স মাত্রায় প্রত্যহ ৩ বার সেব্য। কফ নির্গত করা কষ্টসাধ্য হইলে একত্রসহ ২—৫ গ্রেণ মাত্রায় পটাশ আয়োডাইড দিশাইয়া লওয়া কর্তব্য।

৬। Re.

একট্রাক্ট ইউক্যালিপ্টাস্‌ লিকুইড্‌ ১ আউন্স।

এমন্‌ ক্লোরাইড ... ২ ড্রাম।

একট্রাক্ট গ্রাইসিরিজা লিকুইড্‌ ... ১ ড্রাম।

মিসিরিণ ... ২ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহা ৬০ কোঁটা মাত্রায় জলসহ প্রত্যহ ৪—৬ বার সেব্য।

৭। Re.

বালসাম্‌ কোপেবা ... ২ ড্রাম।

পাল্‌ভ গাম্‌ একেশিয়া ... ২ আউন্স।

সিরাপ মেম্বীঃ ... ৫ ড্রাম।

একোরা মেম্বিণ এ্যাড ৬ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১ আউন্স মাত্রায় প্রত্যহ ৩ প্রাতঃকালে সেব্য।

৮। Re

ধাইমল	...	১ ড্রাম।
এসিড কার্বলিক	...	২ ড্রাম।
ক্রিয়োজোট	...	২ ড্রাম।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	...	১ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া খাস গ্রহণার্থ ব্যবহার্য।

৯। Re.

নিকান ড্রপ	...	১২ ড্রাম।
সিরাপ	...	১/২ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। কাশির প্রবল আক্ষেপের সময় ইহা সেবন করিলে অবিলম্বে কাশির বেগ উপশমিত হয়।

১০। Re.

পায়ো বেলি	...	১ ড্রাম।
গ্রিমন্ট সিরাপ	...	৪ ড্রাম।

একত্র একমাত্রা। প্রত্যহ প্রাতে ও সন্ধ্যাকালে এই দুইবার সেব্য।

১১। Re.

ট্যাবলেট ক্যালসিনোল উইথ

এক্সট্রাক্ট অব ল্যাংস্ ... ১—২ ট্যাবলেট।

একমাত্রা। প্রত্যহ ৩ বার সেব্য। ফুস্ফুসের আময়িক অবস্থার সংশোধন করিতে ইহা একটা উৎকৃষ্ট ঔষধ।

ফুস্ফুস বিধানের আময়িক অবস্থার সংশোধন ও উৎকর্ষ সাধনোদ্দেশ্যে নিম্নলিখিত যে কোন ঔষধ দীর্ঘকাল সেবনের ব্যবস্থা করা কর্তব্য। যথা—

(ক) হিকাসোল উইথ হনি (Hicasole with honey): ইহা কডলিভার অয়েল, ক্যালশিয়াম হাইপোফসফাইট ও মধুসহ ইমালসন আকারে প্রস্তুত। ইহা ২—৪ ড্রাম মাত্রায় দুইবার প্রত্যহ আহারের পর দুইবার সেব্য।

(খ) স্কট্‌স ইমালসন (Scott's

Emulsion):—ইহা ১—২ ড্রাম মাত্রায় উষ্ণ দুগ্ধসহ প্রত্যহ আহারান্তে দুইবার সেব্য।

(গ) ওয়াটারবারিজ কম্পাউণ্ড

(Waterbury's Compound red lable):—

ইহার লাল বোড়ক যুক্ত বোতলের ঔষধ ১—২ ড্রাম মাত্রায় জলসহ আহারান্তে প্রত্যহ দুইবার সেব্য।

(ঘ) ক্যালোল (Calol):—১/২—১ ড্রাম

মাত্রায় জলসহ প্রত্যহ আহারান্তে দুইবার সেব্য।

(ঙ) কেপলার্স মল্ট এক্সট্রাক্ট উইথ

কডলিভার অয়েল (Koplars malt extract with codliver oil):—১—২ ড্রাম মাত্রায় উষ্ণ দুগ্ধসহ আহারান্তে দুইবার সেব্য।

বাস্তু পরিবর্তন (Change):—যদি

সম্ভব হয়, তাহা হইলে রোগীর পক্ষে বায়ু পরিবর্তন বিশেষ হিতকর হইয়া থাকে। সমুদ্রতীরবর্তী স্থান এই পীড়াক্রান্ত রোগীর পক্ষে উপকারী। এতদর্থে পুরী, ওয়ালটোয়ার বেশ উপযোগী। শুষ্ক পার্বত্য প্রদেশও ভাল। শীতের প্রারম্ভে শিমুলতলা, মধুপুর, জশিডি গিরিডি প্রভৃতি এবং গ্রীষ্মকালে দার্জিলিং, কাশ্মীর, নৈনিতাল, মুসোরি প্রভৃতি স্থান উপযোগী।

পথ্যাদি :—পুষ্টিকারক অথচ লঘুপাচ্য পথ্য ব্যবস্থা

করা কর্তব্য। দিবসে অন্ন পথ্য, রাত্রে আটার রুটী বা গরম গরম ফুল্কা লুচি উপকারী। প্রাতঃকালে ও বৈকালে টাটকা খাঁটি গো দুগ্ধ বা ছাগী দুগ্ধ শর্করাসহ ব্যবহ্যেয়। অভাবে হরলিক্স মল্টেড্ মিক্স উষ্ণ জলসহ প্রস্তুত করিয়া পান করিলে বিশেষ উপকার হয়। ইহা উৎকৃষ্ট বলকারক পথ্য। খাঁটি গোদুগ্ধের পরিবর্তে বিশেষ উপযোগিতার সহিত ইহা ব্যবহৃত হইতে পারে।

জ্বর—Fever.

লেখক—ডাঃ ত্রিবিভূতিভূষণ চক্রবর্তী M. B.

কলিকাতা

(পূর্বে প্রকাশিত ২৩শ বর্ষের (১৩৩৭) ৮ম সংখ্যার (অগ্রহায়ণ) ৪০১ পৃষ্ঠার পর হইতে)

— :(*) : —

টাইফয়েড ফিভার—Typhoid Fever.

ডাক্তার উইলিয়াম অস্কার (Sir William Osler) * ৪টা টাইফয়েড রোগীর মধ্যে ২ জনের ফিমোরাল ও ১ জনের মিডল্ সেরিট্র্যাল এবং ১ জনের ব্রেকিয়াল আর্টারির প্রদাহ হওয়ার বিষয় উল্লেখ করিয়াছেন। মস্তিষ্কের ধমনীর থ্রম্বোসিস হইলে আকস্মিক আক্কেপ (Convulsions), কোমা (Coma) কিম্বা অর্ধাঙ্গিক পক্ষাঘাত (Hemiplegia) উপস্থিত হয়। সাধারণতঃ তৃতীয় সপ্তাহের প্রথমে কিম্বা রোগান্ত-দৌর্বল্যাবস্থায় (In Convalescence stage) ধমনীর প্রদাহ হইতে দেখা যায়।

সাধারণতঃ অত্যধিকভাবে ধমনীর প্রদাহ হইতে পারে। প্রদাহ উৎপত্তির সঙ্গে সঙ্গে আত্যন্ত ধমনীতে ও চতুষ্পার্শ্বে বেদনা উপস্থিত হয়। এই বেদনা নড়াচড়ায় বা চাপ দিলে বর্ধিত হইয়া থাকে। অনেক সময় যে অঙ্গের ধমনী প্রদাহিত হয়, সেই অঙ্গের সমুদয় স্থানই বেদনায়ুক্ত হইতে দেখা যায়। ধমনী প্রদাহিত হইলে প্রদাহের বাবতীয় সাধারণ লক্ষণ প্রকাশ পায়।

(গ) শিরাপ্রদাহ (Phlebitis) :— টাইফয়েড ফিভারে শিরার প্রদাহ হওয়া নিত্যন্ত বিরল নহে। স্বরের গতির অনিয়মিততা ও অগ্ন্যাশ্র উপসর্গ ইত্যাদি কারণে শিরাপ্রদাহ উপস্থিত হইয়া থাকে। শতকরা ২ জন রোগীর শিরাপ্রদাহ হইতে দেখা যায়। সাধারণতঃ ৩য় সপ্তাহের পূর্বে শিরাপ্রদাহ হওয়া বিরল। অধিকাংশ

স্থলেই ৩য় বা ৪র্থ সপ্তাহে কিম্বা রোগান্ত-দৌর্বল্যাবস্থায় শিরাপ্রদাহ উপস্থিত হইয়া থাকে।

সাধারণতঃ বাম পদের শিরাই—বিশেষতঃ, বাম ফিমোরাল শিরা অধিকতর আক্রান্ত হয়। এতদ্ভিন্ন ইলিয়াক, পলিটিয়াল, ইণ্টারস্তাল সেফিনাস, প্রভৃতি শিরাসমূহ আক্রান্ত হইতে পারে।

শিরা প্রদাহ হইলে জ্বর বৃদ্ধি, আক্রান্ত স্থানে বেদনা, স্পর্শাভূতির আধিক্য ও ক্ষীতি প্রকাশ পায়।

(১৭) শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্র সম্বন্ধীয় উপসর্গঃ—টাইফয়েড ফিভারে শ্বাসপ্রশ্বাস যন্ত্র সম্বন্ধীয় নিম্নলিখিত উপসর্গগুলি উপস্থিত হইতে পারে। যথা—

- (ক) ক্যাটারাল ল্যারিঞ্জাইটিস (Catarrhal Laryngitis);
- (খ) ল্যারিংসের ক্ষত (Ulceration on the Larynx);
- (গ) ব্রঙ্কাইটিস (Bronchitis);
- (ঘ) ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া (Bronchopneumonia);
- (ঙ) লোবার নিউমোনিয়া (Lobar pneumonia);
- (চ) প্লুরিসি (Plurisy);
- (ছ) টিউবার্কিউলোসিস (Tuberculosis);
- (জ) ফুস্ফুসে ফোটক (Abscess) ও পচন (Gangrene);

(১৮) মূত্রবন্ত্র সম্বন্ধীয় উপসর্গ কণ্ঠ সম্বন্ধীয়—

(Complication regarding the renal system) :—মূত্রবন্ত্র সম্বন্ধীয় নিম্নলিখিত উপসর্গ

উপস্থিত হইতে পারে।

- (ক) মূত্রাবরোধ (Retention of Urine) ;
- (খ) পলিউরিয়া বা মূত্রাধিক্য (Polyuria) ;
- (গ) য়্যালবুমিনিউরিয়া (Albuminuria) বা প্রস্রাবসহ য়্যালবুমিন নির্গমন ;
- (ঘ) নেফ্রাইটিস অর্থাৎ মূত্রগ্রন্থির প্রদাহ (Nephritis) ;
- (ঙ) পাইয়ুরিয়া (Pyuria)—প্রস্রাব সহ পুঁজ নির্গমন।
- (চ) পাইয়েলাইটিস (Pyelitis) ;
- (ছ) সিস্টাইটিস (Cystitis) ;

(১৯) স্নায়বীয় উপসর্গ (Complication of the nervous System) :—স্নায়বীয় উপসর্গের মধ্যে নিম্নলিখিত উপসর্গগুলি সাধারণতঃ উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

- (ক) মেনিঞ্জাইটিস (Meningitis) ;
- (খ) অর্দ্ধাঙ্গিক পক্ষাঘাত (Hemiplegia) ; ইহা খুব কম রোগীতেই দেখা যায়।
- (গ) আক্কেপ (Convulsions) ;

(২০) অন্যান্য উপসর্গ :—উল্লিখিত উপসর্গগুলি ব্যতীত আরও নানাবিধ উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। যথা—

চক্ষু সম্বন্ধীয় --

- (ক) কঙ্জাকটাইভিটিস (Conjunctivitis) ;
- (খ) পুঁজ ও ক্ষতযুক্ত কেরাটাইটিস (Ulcerative and Suppurative Keratitis) ;
- (গ) রেটিনা হইতে রক্তস্রাব (Retinal hæmorrhage) ;

(ক) মধ্য কর্ণের প্রদাহ (Otitis media) ;

গ্রন্থি সম্বন্ধীয়—

- (ক) লিম্ফাটিক গ্যাণ্ডের বিবৃদ্ধি (Enlargement of the Lymphatic glands) ;
- (খ) ম্যাস্টাইটিস (Mastitis) ;
- (গ) অণ্ডোকোষ প্রদাহ (Orchitis) ;
- (ঘ) থাইরয়েড গ্রন্থির প্রদাহ (Thyroiditis) ;

ভাবীফল (Prognosis) :—যথা সময়ে সঠিকরূপে রোগনির্ণয়, যথোচিত চিকিৎসা এবং সেবা গুণস্বার উপর রোগীর ভাবীফল নির্ভর করে। যদি যথা সময়ে রোগ নির্ণয় হয় ও শাস্ত্র মত গুণস্বা চলে, তবে ভাবীফল প্রায়ই শুভ হয়। বিলম্বে রোগ নির্ণয় ও অযথা ঔষধ প্রয়োগে রোগীর ভবিষ্যৎ প্রায় অন্তত হইয়া থাকে। রোগীর পূর্ব স্বাস্থ্য যদি ভাল থাকে, তবে ভাবীফল প্রায়ই শুভ হইতে দেখা যায়।

অশুভ ফল :—নিম্নবর্ণিত অবস্থায় ভাবীফল প্রায়ই অন্তত হয় :—

১। বয়স—২৫ হইতে ৪০ বৎসর বা তদুর্ধ্ব বয়সে পীড়া হইলে, ভাবীফল প্রায়ই অন্তত হয়।

২। স্বভাব—মৃগপায়ীর পীড়ার ভাবীফল প্রায়ই অন্তত হয়।

৩। জীবাণুজ বিষের প্রবলতা—প্রবল জ্বর, জরীয় উত্তাপ ১০৫ ডিগ্রী, ভুল বকা, অজ্ঞান অবস্থা, হাত পায়ে কম্পন (বিশেষতঃ যদি প্রথমাবস্থা হইতেই এইরূপ কম্পন আরম্ভ হয়), স্বর প্রস্রাব, পেটফাঁপা, অত্যন্ত দুর্বলতা, দ্রুত নাড়ী (মিনিটে নাড়ীর স্পন্দন ১২০ উপর), হৃদপিণ্ডের প্রথম শব্দ ক্ষীণ (feeble first heart sound), প্রবল পেটের অস্বাভাবিকতা অন্তত লক্ষণ মধ্যে পরিগণিত।

৪। উপসর্গ—রক্তস্রাব, অগ্ননাড়ীর ছিঁদ্র হওন, নিউমোনিয়া, নেফ্রাইটিস (Nephritis), থ্রম্বোসিস (Thrombosis) প্রভৃতি উপসর্গ জড়িত হইলে ভাবীফল অন্তত হইয়া থাকে।

৫। পুনঃ আক্রমণ (relapse)—পীড়ার পুনরাক্রমণে ভাবীকল প্রায় অশুভ হয়।

চিকিৎসা—Treatment.

টাইফয়েড রোগের লক্ষণিক চিকিৎসা এবং সেবা শুশ্রূষার উপরই রোগীর ভবিষ্যৎ নির্ভর করে। এই পীড়ার নিশ্চিত কোন বিশিষ্ট ঔষধ নাই বটে, তবে একেবারে যে কিছুই নাই; তাহা নহে। শাস্ত্রে হুজুতিন বিধান লিপিবদ্ধ আছে। বিধান মানিয়া চলিতে আমরা বাধ্য, নতুবা বিপদে পড়িবার বিশেষ সম্ভাবনা। এই বিধানগুলি যথাক্রমে উল্লেখ করিব।

(১) বিশ্রাম (rest) :—টাইফয়েড ফিভারের বিধি-ব্যবহার মধ্যে বিশ্রাম ব্যবস্থাই সর্ব প্রধান। অস্থির হইলে লোকে কথায় বলে—‘টাইফয়েডের রেষ্ট (বিশ্রাম) লইবে’। বস্তুতঃ, টাইফয়েড রোগীর কাণে দৈব বাণীর মত এই বার্তা ধ্বনিত হওয়া উচিত। ধনী, নিধন, বালক বৃদ্ধ, শিশু, নারী, কাহারও ভেদাভেদ নাই—এই মস্তে সকলকেই দীক্ষিত করিতে হইবে—‘বিছানা লও, বিশ্রাম লও, রোগমুক্ত হও।’ কোনও অবস্থায় এবং কোনও প্রয়োজনে রোগী বিছানা হইতে উঠিতে পারিবে না—শুধু শুইয়া থাকিবে। বিছানাতেই মল মূত্র ত্যাগ—বিছানাতেই খাওয়া। রোগী যদি ঘুমায়, তাহাকে ঘুম ভাঙাইয়া কোনও কিছু খাওয়ান হইবে না।

(২) শুশ্রূষা (nursing) :—কঠিন ব্রত উদ্ভাষনের জায় এই দায়িত্বপূর্ণ ব্রত পালন করিতে হইবে। ব্রত নিয়মের ক্রটি হইলে ব্রতের ফল শুভ হয় না—এখানেও ঠিক সেই কথা। গীতায় শ্রীকৃষ্ণের উপদেশের মত শুশ্রূষাকারীকে এক কথটা বার বার স্মরণ করাইয়া দিতে হইবে। এ জন্ত শিক্ষিত নার্স রাখাই যুক্তিযুক্ত। যেখানে সেক্ষম সম্ভাবনা না থাকে বা গৃহস্থ নার্স রাখিতে অক্ষম সেখানে ডাক্তারের কর্তব্য—শ্রীকৃষ্ণ সাজিয়া বাড়ীর কোন বুদ্ধিমান, কর্তব্যপরায়ণ লোককে এসম্বন্ধে বোধোচিৎ শিক্ষা দেওয়া। শুশ্রূষা রীতিমত হইতেছে কি না, তাহাও প্রত্যহ ডাক্তারের লক্ষ্য রাখা

কর্তব্য; নিয়মিত ভাবে খাওয়ান, রীতিমত রোগীর দেহ পরিষ্কার করা, মূত্র খোওয়ান, মল মূত্র পরিষ্কার করা ও বিছানা পরিবর্তন ইত্যাদি বিষয়ে চিকিৎসকের প্রত্যহ বিশেষ লক্ষ্য রাখা এবং এতদসম্বন্ধে আবশ্যিক মত প্রত্যহ উপদেশ দেওয়া কর্তব্য।

(৩) অাহার্য্য (food) :—খাবারের একটা ফর্দ করিয়া দেওয়া উচিত। রোগীকে সারা দিন রাত্রে ২৫০০—৩০০০ কেলোরিক (calois) অর্থাৎ ৩ বা ৪ কোয়ার্ট খাদ্য দেওয়া কর্তব্য। তরল পানীয় পদার্থই পথ্যার্থ বিধেয়। এতদর্থে দুধই সর্বশ্রেষ্ঠ। ১৬—২০ আউন্স দুধ দৈনিক দেওয়া যাইতে পারে। রোগীর শক্তি রক্ষা করিবার জন্ত তাহাকে নিয়মিত ভাবে খাওয়ান দরকার। সেজন্ত নিম্নে রোগীর পথ্যের একটা তালিকা দেওয়া গেল।

খাদ্য দ্রব্যের তালিকা

ভোর...৬টা—৬ আউন্স দুধ।

সকাল...৭টা—১৯ কেলোরিক এলবুমিন ও মাখন।

, ৯টা—৬ আউন্স দুধ।

, ১১টা—কফি, চা, খোল (soup)।

বেলা...২টা—৬ আউন্স দুধ।

, ৪টা—কিছু দুধ।

বিকাল...৬টা—কচি মুরগীর ব্রথ বা স্থপ।

রাত্রি...৮টা—৬ আউন্স দুধ।

টাইফয়েড রোগীকে Dr. Shalluck নিম্নলিখিতরূপে পথ্য ব্যবস্থা করিতে বলেন।

১। দুধ—ঠাণ্ডা বা গরম পেপ্টোনাইজড দুধ, কিম্বা ক্রিম, জল ও ডিমের খেত পদার্থের সহিত মিশ্রিত দুধ; ছানার জল; দুধ চা; কফি বা কোকো।

২। খোল—চিকেন, টোমেটো, আলু, ডাল, শাকপাতা ইত্যাদির।

৩। হরলিক্স বা মেলিন্স স্কুড।

৪। বার্লি জল বা এলবিউমেন ওয়টার।

৫। আইস ক্রিম।

Dr. Shalluckএর পথ্য ব্যবস্থা তো এই; কিন্তু সকল স্থানে ও সকল অবস্থায় ঐরূপ ভাবে পথ্য প্রদান করা সম্ভব হয় না। একজ্ঞ বাহাতে সব দিক রক্ষা হয় এবং রোগীর শক্তিরও হ্রাস না হয়, সে জ্ঞ নিম্নলিখিতরূপ পথ্যের ব্যবস্থা করা কর্তব্য। যথা—

(১) দুগ্ধ :—১ সের বা পাঁচ পোয়া।

যদি পেটের অস্থখ বাড়ে বা পেটফাঁপা থাকে এবং ক্রমশঃ উহা বৃদ্ধি হয়, তবে দুগ্ধ না দিয়া, পেঁপে দ্বারা বা লেবুর রস দ্বারা দুধ ছানা কাটাইয়া, সেই ছানার জল দেওয়া কর্তব্য। দুগ্ধ ছানা কাটাইবাব জ্ঞ এক্ষেত্রে পেঁপে সব চেয়ে ভাল।

(২) ডাবের জল :—ইহাকে ইংরাজি এলবুমিন ওয়াটার বলিলেও অত্যাঙ্গি হয় না। দিনে ৪৫টা ডাবের জল দিতে হইবে। নিয়মপাতি ডাবের জল পান করিতে দেওয়া কর্তব্য। “ডাবের জল পানে কাশি সর্দি বাড়ে” ইত্যাদি প্রবাদ ভুলিয়া যাইতে হইবে। কাশি সর্দি ডাব খাইলে বাড়ে না—উহা যে বাড়ে, তাহা রোগেরই দ্রুত।

(৩) জল :—প্রচুর পরিমাণে বিশুদ্ধ জল দিতে হইবে।

(৪) গ্লুকোজ (Glucose) :—১২—১৬ আ. স্ জলে ১ আউন্স গ্লুকোজ গুলিয়া ২৪ ঘণ্টায় দিতে হইবে। তালের মিছরি জলে ভিজাইয়া মাঝে মাঝে পান করিতে দিলেও বেশ উপকার হয়। ৫৭ পরসার তালের মিছরির জল ২৪ ঘণ্টায় দিতে পারা যায়।

নিম্নলিখিতরূপে গ্লুকোজ দেওয়া যাইতে পারে। ইহাতে বেশ উপকার হয়।

Re.

লিকুইড্ গ্লুকোজ	...	১ আউন্স।
সোডি বাইকার্ব	...	১ ড্রাম।
ভাইনাম গ্যালিসাই (১নং)		২ আউন্স।
একোয়া .	...	২৪ আউন্স।

এই মিশ্র ২৪ ঘণ্টায় খাওয়াইতে হইবে।

পোষ—৩

(৬) বার্লির জল :—ইহাও বেশ উপকারী।

দেশী মতে এই সব ব্যবস্থাই ভাল।

জরীয় উত্তাপ দমন (control of temperature) :—জরীয় উত্তাপ দমনার্থ প্রত্যহ নিয়মিত ভাবে একবার করিয়া ভিজে গামছা দিয়া বেশ করিয়া রোগীর সর্বাঙ্গ পরিষ্কার করিয়া দেওয়া কর্তব্য। এতদ্বিত্তি মাথায় ২৪ ঘণ্টাই বরফ দেওয়া উচিত।

যদি উত্তাপ ক্রমশঃ বাড়িতে থাকে, তবে উত্তমরূপে ঠাণ্ডা জলের স্পঞ্জ (sponge) করা কর্তব্য।

জরীয় উত্তাপ হ্রাস করিবার জ্ঞ Dr. Brand “টব বাথ” (Tob bath) উপকারী বলেন। Brand সাহেবের মত এই যে—একটা লম্বা টবে (রোগীর দেহের মত বড় হইলে ভাল হয়) ঠাণ্ডা জল ঢালিয়া বা বরফ দিয়া ঠাণ্ডা করিয়া, সেই জলে রোগীকে সাবধানতার সহিত ডুবাইতে ও তুলিতে হইবে। দিনে ৩ ঘণ্টা অন্তর এইরূপ ৮ বার করা যাইতে পারে (অবশ্য আবশ্যক হইলে)। রোগীকে টব হইতে তুলিবার পূর্বে বিছানা প্রস্তুত করা আবশ্যক। নরম তোষক বা গদীর ওপর একটা ম্যাকিন্টোশ (makintosh) পাতিয়া তাহার উপর একটা চাদর (কবল—Blanket হইলেই ভাল হয়) পাতিয়া, রোগীর দেহের জল মুছাইয়া এই বিছানায় শোয়াইয়া দিবে এবং তাহাকে গরমে রাখিতে হইবে। হাত পা ভাল করিয়া “রগড়ান” উচিত, কিন্তু পেটের উপর কোনওরূপ হস্তক্ষেপ করা হইবে না কেবল মাত্র পেটের জল মুছাইয়া দিতে হইবে।

এইরূপ ভাবে স্নান করান প্রায় অনেক ক্ষেত্রেই সম্ভবপর হয় না। সে জ্ঞ ম্যাকিন্টোশের (makintosh) উপর রোগীকে রাখিয়া স্নান করান যাইতে পারে; পরে ম্যাকিন্টোশ (makintosh) ধীরে ধীরে সরাইয়া লইয়া রোগীর সর্বাঙ্গ মুছাইয়া দিয়া রোগীকে গরমে রাখার

ব্যবস্থা করা কর্তব্য। অথবা রোগীর দেহের এক এক অংশ পৃথক পৃথক ভাবে ধুইয়া ও মুছাইয়া রোগীর স্থান কার্য সমাধা করা যাইতে পারে। কিন্তু যদি অরের উত্তাপ ক্রমশঃ বৃদ্ধির দিকেই চলে, তাহা হইলে টব বাথ অথবা ম্যাকিন্টোসের (makintosh) উপর রোগীকে রাখিয়া বরফ জলে কবল ভিজাইয়া রোগীর গায়ে জড়াইয়া দেওয়া উচিত। পরে দেহ শুষ্ক করিয়া লইয়া, রোগীকে গরমে রাখার ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

উদরাময় (Diarrhoea) :—অতঃপর পেটের অস্থখ সম্বন্ধে লক্ষ্য রাখিতে হইবে। দৈনিক ৫/৭ বার মলত্যাগ হইলে বিশেষ কিছু না করিলেই চলে। পেটের অস্থখ ত আর কিছুই নয়—ইহা রোগ-জীবাণুজ বিষের ক্রম-বিকাশ। পেটের অস্থখের জন্ত নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

Re.

বিসমাথ কার্ব	...	১৫ গ্রেণ।
স্ত্রালোল	...	৫ গ্রেণ।
মিস্ট্রিট কো:	...	১ আউন্স।

একত্র গিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। প্রত্যহ ২/৩ মাত্রা সেব্য।

বিশিষ্ট ঔষধ (Specific remedy) :—

টাইফয়েড ফিভারের কোন বিশিষ্ট ঔষধ নাই। এই পীড়ায় অয়ের পচননিবারক (Intestinal antiseptic) ঔষধ ব্যবহার করিলে উপকার পাওয়া যায়। ইহাতে পেটের অস্থখ ও পেট ফাঁপার প্রতিকার বা উহা দমিত হইতে পারে। এতদর্থে নিম্নলিখিত ব্যবস্থাটি উপকারী।

Re.

এসিড হাইড্রোক্লোরিক ডিল	...	১৫ মিনিম।
টাই নক্সডামিকা	...	৪ মিনিম।
টাই জেন্সিয়ান কো:	...	২৫ মিনিম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ ৩ মাত্রা সেব্য।

লক্ষণিক চিকিৎসা (Symptomatic treatment) : টাইফয়েডের কোন বিশিষ্ট ঔষধ না থাকিলেও, লক্ষণানুযায়ী বিবিধ ঔষধ প্রযুক্ত হইয়া থাকে। একত্র সাধারণতঃ নিম্নলিখিত ঔষধগুলি ব্যবহৃত হয়।

(১) স্ত্রালোল (Salol) :—আত্মিক পচন নিবারক উদ্দেশ্যে ইহা ব্যবহার করা হয়।

৫ গ্রেণ স্ত্রালোল (Salol) ৪ ঘণ্টা অন্তর সেবন করাইলে মলের দুর্গন্ধ নষ্ট হয়। কিন্তু যদি প্রস্রাব অল্প হইতে থাকে, তাহা হইলে ইহা না দেওয়াই যুক্তিযুক্ত।

(২) ব্রান্ডি (Brandy) :—টাইফয়েড জ্বরে কেহ কেহ নিয়মিতভাবে ব্রান্ডি দেন। ইহা কিন্তু ভুল। তবে রোগী যদি অল্প পথ্য খাইতে না পারে ও দুর্বল হইয়া পড়ে, সে ক্ষেত্রে ইহা দেওয়া যাইতে পারে। ২৪ ঘণ্টার মধ্যে ২ বা ৩ আউন্সের বেশী ব্রান্ডি দেওয়া অনিষ্টকর।

(৩) ক্যাফিন (Caffeine) :—ইহা টাইফয়েড জ্বরে হৃদপিণ্ডের বলকারক হিসাবে দেওয়া হয়। ইহা মুখপথে কিম্বা আবশ্যক হইলে ক্যাফিন সোডি-বেঞ্জোয়েট (Caffeine sodi-benzoate) ইন্জেকশনও দেওয়া যায়।

(৪) হেক্সামিন (Hexamine) :—নিয়মিত ভাবে ইহা দেওয়া উচিত। কেহ কেহ বলেন—ইহাই টাইফয়েড জ্বরের একমাত্র ঔষধ। ইহা আত্মিক পচননিবারক ও মূত্রকারক হইয়া সমুহ উপকার করে।

(৫) স্ট্রিকনাইন (Strychnine) :—হৃদপিণ্ডের দুর্বলতা নিরারণ জন্ত ১/৩০ গ্রেণ মাত্রায় ইহা ব্যবহৃত হয়। আবশ্যক হইলে পুনরায় দেওয়া উচিত।

(৬) ডিজিটেলিস (Digitalis) :—হৃদপিণ্ডের দ্রুতত্ব ও দুর্বলতার জন্ত কেহ কেহ ইহা (Digitalis) প্রয়োগ করেন। কিন্তু ইহার ক্রিয়া সন্দেহজনক। সেজন্ত এতদর্থে ক্যাফিন (Caffeine) ও স্পিয়ারিট এম্বন এরোমেট (Spt. ammon aromat) প্রয়োগ করিলেই চলে।

উল্লিখিত ঔষধগুলি ব্যতীত অয়েল টার্পেন্টাইন (*Oil. Turpentine*); অয়েল সিনামম (*Oil. cinnamom*); গ্লাইকোথাইমলিন (*Glycothymolin*) এবং স্পিরিট অম্মন এরোমেট (*Spt. ammon aromat*) পেটফাঁপা নিবারণার্থ ও আন্ত্রিক পচন নিবারণ উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হয়।

উপসর্গের চিকিৎসা

(১) অন্ত্র-নাড়ী ছিদ্র হওন (*Perforation of intestine*):—অন্ত্র ছিদ্র হইলে অন্ত্র চিকিৎসার সাহায্য লওয়াই প্রধান ব্যবস্থা। শতকরা প্রায় দুই বা তিনটী রোগীর এ বিপদ হইতে পারে। কেন হয়, তাহা পূর্বে উল্লেখ করিয়াছি। এই রোগের সঙ্গে সঙ্গে যখন পেট বেশী ফাঁপিয়া যায়, পেটের অস্থি বৃদ্ধি পায় এবং পেটে ভীষণ ব্যথা উপস্থিত হয়, তখন সতর্ক হইতে হইবে। প্রথমেই পেটে ভয়ানক বেদনা এই সাংঘাতিক উপসর্গের সম্ভাবনা হুচনা করে।

অন্ত্র ছিদ্র হইলে যে সকল লক্ষণ উপস্থিত হয়, ইতিপূর্বে তাহা সবিস্তারে উল্লিখিত হইয়াছে (চিকিৎসা-প্রকাশ ৮ম সংখ্যা—অগ্রহায়ণ-৩৯৮ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য)। এখানে অ'রও একটু বিশদভাবে উল্লেখ করিতেছি।

অন্ত্র-নাড়ী ছিদ্র হওয়ার লক্ষণ :—অন্ত্রে ছিদ্র হইলে নিম্নলিখিত লক্ষণাদির দ্বারা সঠিক ভাবে উহা জ্ঞাত হইতে পারা যায়। যথা—

(ক) চেহারা (*General appearance*):—অন্ত্র ছিদ্র হইলে রোগীর প্রথম হইতেই মুখ বিকৃত হইয়া যায় এবং সেই সঙ্গে ঘাম দেখা দেয়।

খ জ্বরীয় উত্তাপ (*Temperature*):—অন্ত্র ছিদ্রের সঙ্গে সঙ্গে কাহারও উত্তাপ অত্যন্ত কমিয়া যায় (*Subnormal*) কাহারও বা বাড়িয়া যায়, কাহারও বা উত্তাপ কমিয়া আবার কিছু বাড়ি এবং তারপর আবার কমিয়া যায়; অতঃপর পেরিটোনিটিস (*Peritonitis*) আরম্ভ হইলে জ্বর বাড়িতে থাকে।

(গ) নাড়ী (*Pulse*) ও শ্বাসপ্রশ্বাস (*Respiration*):—অন্ত্র ছিদ্র হইলে নাড়ীর স্পন্দন ও শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা দুটাই বাড়িয়া যায়।

(ঘ) পাকস্থলার অবস্থা (*Condition of Stomach*):—অন্ত্র ছিদ্র হইলেই হিকা, গা বমি বমি করা এবং বমন দেখা যায়। বমির রং অনেকটা তৈরি কফির (*Coffee*) রঙের প্রায় দেখায়। কোনও কোন রোগীর প্রথম এই বমি দেখিয়া এই বিপদের আশঙ্কা মনে জাগরিত হয়।

(ঙ) উদরের অবস্থা (*State of abdomen*):—অন্ত্র ছিদ্র হইলে ঔদরিক অবস্থা বিশেষরূপে পর্যবেক্ষণ করা কর্তব্য। কারণ, ইহাই অতি প্রয়োজনীয়। এই অবস্থায় উদর সঘনায় নিম্নলিখিত লক্ষণগুলি উপস্থিত হয়। যথা—

(I) পেটে ভীষণ ব্যথা হয়।

(II) পেট ফুলিতে থাকে।

(III) নিশ্বাসের সঙ্গে সঙ্গে পেট উঠা নামা করিতে থাকে, কিন্তু তলপেটের (নাইয়ের নীচে—*navel*) উঠা নামা কমিয়া যায়।

(IV) পেটের মাংস শক্ত হয় (*Rigidity of Abdominal muscles*)

(V) পেটের মাংসে—বিশেষতঃ, একদিকের মাংসে খেঁচুনি দেখা দেয়।

(VI) যকৃতের সাড়া পাওয়া যায় না (*Liver dullness*)।

(VII) কাণ পাতিয়া বা ঠেথেষ্টোস্কোপ (*Stethoscope*) পেটের উপর দিয়া শুনিলে, অন্ত্রনাড়ী হইতে গ্যাস (*Gas*) বাহির হইতে শুনা যায়।

(VIII) গুহদ্বার (*Rectum*) আঙ্গুল দিয়া পরীক্ষা করিলে নরম ঠেকে।

(IX) অন্ত্র ছিদ্র হইবার পর আর প্রায়ই মল বাহির হয় না।

(X) রক্তের খেত কণিকা (W. B. C.) সংখ্যায় বাড়িয়া যায়।

(XI) রক্তের চাপ (Blood Pressure) বাড়িয়া যায়। ছিদ্র হইবার ২৩ ঘণ্টা পূর্বে দেখিলেও রক্তের চাপ বৃদ্ধি বুঝা যায়।

অমাত্রিক পাড়া :—নিম্নলিখিত পীড়াগুলির সহিত অঙ্গ-ছিদ্রের ভ্রম হইতে পারে। যথা—

(ক) এপেন্ডিসাইটিস (appendicitis);

(খ) পেরিটোনাইটিস (Paritonitis);

(গ) ফ্লেবাইটিস (Phlebitis);

(ঘ) ইন্টেষ্টিনাল অবস্ট্রাক্সন (Intestinal obstruction);

(ঙ) উদরের ব্যথা (Abdominal pain);

এই সকল পীড়ার ও অঙ্গ-ছিদ্রের বিশিষ্ট লক্ষণগুলির পার্থক্য বিচার করিয়া প্রভেদ নির্ণয় করা কর্তব্য।

অঙ্গ-ছিদ্রের চিকিৎসা :—অঙ্গ চিকিৎসাই ইহার এক মাত্র চিকিৎসা। উদর কর্তন করতঃ, অঙ্গের যেখানে ছিদ্র হইয়াছে, ঐ ছিদ্রপথ সেলাই করিয়া বন্ধ করা ব্যতীত আর কোনও গত্যন্তর নাই।

(২) অঙ্গ হইতে রক্তস্রাব (Intestinal Hæmorrhage) :—অঙ্গের রক্তস্রাব বন্ধ করা কঠিন কারণ, হাত দিয়া বা বাঁধিয়া তো এ রক্ত বন্ধ করা সম্ভবপর নয়। কেন রক্তস্রাব হয়, তাহা পূর্বে উল্লেখ করিয়াছি। রক্তস্রাব আরম্ভ হইলে, সকল প্রকার পথ্য এবং বাথ (দান) বন্ধ করিয়া দিতে হইবে।

রক্তস্রাব আরম্ভ হইলে অর্থাৎ মলে রক্ত দেখা গেলে অবিলম্বে রোগীকে শয্যা সম্পূর্ণ শান্ত স্থির ভাবে অবস্থান ও বিশ্রামের উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। টব বাথ এবং সকল প্রকার পথ্য বন্ধ করিয়া দিতে হইবে। বিছানায় শায়িত অবস্থাতেই রোগীর মলমূত্র ত্যাগের ব্যবস্থা করিতে হইবে, কোন রকমে রোগী নড়াচড়া করিবে না।

নিম্নলিখিত কয়েকটা উদ্দেশ্যে আন্ত্রিক রক্তস্রাবের চিকিৎসা করা হয়। যথা :—

(ক) বাহাতে অঙ্গের আকৃঞ্চন প্রবাহ বা ক্রিমিগতি (Intestinal Peristalsis) স্থগিত হয়; তাহার উপায় করিতে হইবে।

(খ) এমন ঔষধ ব্যবহার করিতে হইবে—বাহা স্থানিক সঙ্কোচন ক্রিয়া প্রকাশ করতঃ, রক্তস্রাবী রক্তপ্রণালী সমূহের মুখ বন্ধ করিতে পারে।

(গ) এমন ঔষধ ব্যবহার করিতে হইবে—বাহা রক্তের সংযমন শক্তি (Coagulability) বৃদ্ধি করিতে পারে।

উল্লিখিত ভিন্ন ভিন্ন উদ্দেশ্যে বিভিন্ন প্রকার ঔষধের প্রয়োগ অনুমোদিত হইয়াছে। যথাক্রমে ইহাদের বিষয় বলা বাইতেছে।

(i) বরফ (Ice) :—বড় একটা আইসব্যাগে বরফ পূর্ণ করিয়া উদরের উপর প্রয়োগ করিলে, অঙ্গের আকৃঞ্চন প্রবাহ হ্রাস এবং রক্তস্রাবী রক্তপ্রণালীগুলির মুখ সঙ্কুচিত হইয়া রক্তস্রাব হ্রাস হইতে পারে।

(ii) মর্ফিন (Morphine) :—রক্তস্রাব ও অঙ্গছিদ্র হইলে, এই দুইটা উপসর্গ প্রায় যুগপৎ উপস্থিত হয় এবং এই দুইটা উপসর্গই টাইফয়েডের অতীব সাংঘাতিক উপসর্গ। মর্ফিন প্রয়োগ করিলে অঙ্গের ক্রিমিগতি হ্রাস ও উদরের বেদনা এবং রোগীর অস্থিরতা দূরীভূত হইয়া অনেকটা উপকার পাওয়া যায়। এতদ্ব্যতীত ১/৮—১/৪ গ্রেণ মর্ফিন হাইড্রোক্লোরাইড হাইপোডার্মিক ইন্জেক্সন রূপে প্রযোজ্য।

(iii) ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট (Calcium Lactate) :—রক্তের সংযমন শক্তি (Coagulability) বৃদ্ধি করিয়া ইহা উপকার করে। রক্ত জমিয়া ঘন হইলে রক্তস্রাব বন্ধ হইতে পারে। এতদ্ব্যতীত ১০—২০ গ্রেণ মাত্রায় ৩ ঘণ্টান্তর ইহা সেবন করান

কর্তব্য। কেহ কেহ ২০—৪০ গ্রেণ মাত্রায়ও ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট সেবন করাইতে বলেন।

(iv) লেড এসিটেট (*Lead acetate*):—রক্তস্রাবী রক্তপ্রণালীর সঙ্কোচন সাধন উদ্দেশ্যে ইহা ব্যবহৃত হয়। অনেক স্থলে ইহাতে বেশ উপকার পাওয়া যায়। নিম্নলিখিতরূপে ইহা ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

Re.

লেড্ এসিটেট ... ১.২ গ্রেণ।

পালত ইপেকা কো: ... ১/২ গ্রেণ।

একত্র এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টাস্তর সেব্য।

(v) নরমা্যাল হর্শ সিরাম (*Normal horse serum*):—দুর্দম্য রক্তস্রাবে ইহা বিশেষ উপকারী। ১০ সি, সি, মাত্রায় ৩ ঘণ্টাস্তর ইহা ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য। রক্তের সংযমন শক্তি বৃদ্ধি করিয়া ইহা রক্তস্রাব দমন করে।

(vi) হিমোপ্লাস্টিন বা হিমোস্টেটিক সিরাম (*Hemoplastin or Haemostatic Serum*):—রক্তের সংযমন শক্তি বৃদ্ধি করিয়া রক্তস্রাব বন্ধ করিতে ইহাও একটি বিশেষ উপযোগী ও উপকারী ঔষধ। ইহা :—২ সি, সি, মাত্রায় ইন্ট্রাভেনাস বা সাবকিউটেনিয়াস ইঞ্জেকসন রূপে :—৬ ঘণ্টাস্তর প্রযোজ্য। ইহা প্রয়োগে অবিলম্বে উপকার পাওয়া যায়।

(vii) টার্পেন্টাইন (*Turpentine*):—আত্মিক রক্তস্রাবে যে সকল রোগীর জীবনীশক্তি (*vital power*) ক্ষুণ্ণ হইয়া পড়ে, তাহাদিগকে ইহা ১০ মিনিম মাত্রায় ইমালসন আকারে ৪ ঘণ্টাস্তর প্রয়োগ করিলে উপকার হয়।

(viii) এড্রিনালিন (*Adrenalin*):—রক্তস্রাবী

রক্তপ্রণালী সমূহের সঙ্কোচন সাধন করিয়া ইহা রক্তস্রাব বন্ধ করে। ১ সি, সি মাত্রায় এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসন রূপে প্রযোজ্য।

রক্তস্রাবজনিত হৃদপিণ্ডের অবসাদ, হৃদক্রিয়া লোপ বা কোল্যাপ্স (*Cardiac weakness, heart failure or Collapse due to hæmorrhage*):—

অত্যধিক রক্তস্রাব (*profuse hæmorrhage*) বশত: হৃদপিণ্ডের অবসাদ বা হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া বন্ধ হইবার উপক্রম কিম্বা কোল্যাপ্স উপস্থিত হইলে, নিম্নলিখিত ঔষধ কয়েকটি উপযোগিতার সহিত ব্যবহার করা যায়। যথা—

(i) স্ট্রিকনাইন (*Strychnine*):—ইহা ১/৩০ গ্রেণ মাত্রায় ইঞ্জেকসন রূপে প্রযোজ্য।

(ii) ক্যাফিন সোডি-বেঞ্জোয়াস (*Caffeine Sodii Benzoas*):—ইহার এম্পুল ১—২ সি, সি, মাত্রায় ইঞ্জেকসন রূপে প্রযোজ্য।

(iii) ক্যাম্ফার ইন অয়েল (*Camphor in oil*):—ইহা ১৫—৩০ মিনিম মাত্রায় ২। ৩ ঘণ্টাস্তর হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসন রূপে প্রযোজ্য।

(iv) এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) (*Adrenalin Chloride Solution 1 : 1000*):—ইহা ১ সি, সি, মাত্রায় একায়েক কিম্বা নরমা্যাল স্রালাইনের সঙ্গে মিশ্রিত করিয়া হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসন রূপে প্রযোজ্য। ইহা ১০—১৫ ফোঁটা জিহ্বার নীচে প্রয়োগ করিলেও অনেক সময় বিশেষ উপকার পাওয়া যায় ইহাতে শ্বাসকষ্ট শীঘ্রই উপশম হয়।

(প্রামাণ্য)

শ্বেতপ্রদর—Leucorrhoea.

লেখক—ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাশ M. B. M. C. P. & (C. P. S.)

M. R. I. P. H. (Eng.)

(পূর্বপ্রকাশিত ৮ম সংখ্যার (অগ্রহায়ণ) ৩২৩ পৃষ্ঠার পর হইতে)

•:•:•

অনেকের মতে এই প্রকার শ্বেত-প্রদর স্পর্শক্রমক। পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতার অভাব, আঘাত, ক্রিমি, বিশেষ প্রকার অন্ন, কিম্বা শুটীকা নির্গমনবশতঃ এই পীড়া উৎপন্ন হইতে পারে। ক্লোফিউলা অর্থাৎ গণ্ডমালা ধাতুর স্ত্রীলোক ও বাহারা একজিয়া রোগের বশবর্তী, তাহাদের মধ্যেই এই পীড়ার প্রাবল্য দেখা যায়।

চিকিৎসা—Treatment.

শ্বেতপ্রদরের চিকিৎসা সাধারণতঃ দুই ভাগে বিভক্ত করা যায়। যথা—

(ক) স্থানিক (Local);

(খ) দৈহিক (Constitutional);

যথাক্রমে এই দুই প্রকার চিকিৎসা-প্রণালী বলা হইতেছে।

(ক) স্থানিক চিকিৎসাঃ—শ্বেতপ্রদরের প্রকার ভেদে বহুবিধ ঔষধ স্থানিক প্রয়োগ করা হয়। নিম্নে বিশেষ উপকারী ঔষধগুলির বিষয় কথিত হইতেছে।

তরুণ ভাল্ভার বা ভগ সম্বন্ধীয় শ্বেতপ্রদরে—
কটীদেশে উষ্ণজলধারা প্রয়োগ এবং তৎসহ কার্বলিক লোসন (১—২%) বা পটাশ পারম্যাঙ্গানেট লোসন (প্রতি পাইন্টে ১০ গ্রেণ) যোনিপথে ডুশ দিলে বিশেষ উপকার হয়। ইহা প্রয়োগের কয়েক দিন পরে সঙ্কোচক ঔষধের লোসন যোনিপথে প্রয়োগ করা কর্তব্য।
এতদর্থে জিন্সাই সালফোকার্বলেট (১ পাইন্ট জলে ২ ড্রাম) কিম্বা মিসারিং সাব-এসিটেট অব লেড্ (১ পাইন্ট জলে

১/২ আউন্স) লোসন যোনিমধ্যে ডুশ দিলে বেশ ফল পাওয়া যায়। এতদ্বিত্ত টিং আয়োডিন (প্রতি পাইন্টে ১ ড্রাম); প্রোটোরগল (৪% পারসেন্ট লোসন) কিম্বা সালফেট অব জিন্স লোসন (১ আউন্স জলে ২ গ্রেণ) ডুশ দেওয়া যায়। পুরাতন পীড়াতেও ইহাদের লোসন ডুশ দিলে উপকার হইয়া থাকে। আয়োডোফর্ম বা প্রোটোরগলের চূর্ণ যোনিমধ্যে প্রয়োগ করিলেও উপকার হয়।

এণ্ডোমেট্রাইটিস ও এণ্ডোসার্তাইটিস প্রকার শ্বেতপ্রদরে এলাম (Alum); জিন্স ক্লোরাইড বা জিন্স সালফেট এর লোসন (১ পাইন্টে ১ ড্রাম) ডুশ দিলে বেশ উপকার হয়।

ডিম্বনলীর (Fallopian tube) প্লেগ্মা সংযুক্ত ও ডিম্বাশয়ের উগ্রতা-নিত শ্বেতপ্রদরে— উভয় কুচকী প্রদেশে ক্যান্থারাইডিন কলোডিয়াম (Cantharidin Collodium—১ ভাগ ক্যান্থারাইডিন ও ১ ভাগ কলোডিয়াম) লাগাইয়া ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফোঁকা উৎপাদন করিলে এবং এই সঙ্গে জরায়ু গ্রীবার চতুর্দিকে ও যোনি প্রদেশে তুলি দ্বারা টিং আয়োডিন, কার্বলিক এসিড ও ক্লোরাল হাইড্রেট একত্রে মিশাইয়া প্রয়োগ করিলে উপকার হয়।

সাধারণ স্থানিক প্রযোজ্য ঔষধঃ—যে কোন প্রকার শ্বেতপ্রদরে নিম্নলিখিত ঔষধগুলির স্থানিক প্রয়োগে উপকার হইয়া থাকে। যথা—

১। Re.

সোডি বাইকার্ব স্ট্রাচুরেটেড সলিউশন,
প্রত্যেক বারে অন্ততঃ ১ পাইন্ট সোডি বাইকার্বের

স্কাচুয়েটেড সলিউশন যোনি-পথে প্রত্যহ ২৩ বার ডুশ
দিলে ২৩ দিন মধ্যেই শ্রাব নিঃসরণ বন্ধ হইতে দেখা যায়।
শ্রাব বন্ধ হইবার পরও প্রত্যহ ২৩ বার করিয়া ডুশ দেওয়া
কর্তব্য।

২। Re.

এষ্ট্রুজেন্টস ওয়ান্ ট্যাবলেট ১ টা।

জল ... ২ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া যোনি মধ্যে প্রত্যহ ৩৪ বার
ডুশ দেওয়া কর্তব্য। ইহাতে শ্বেতপ্রদরের শ্রাব খুব শীঘ্র
বন্ধ হয়।

৩। Re.

এস্ট্রিনজেন্টস্ এণ্ড এস্টিসেপ্টিক ট্যাবলেট ১ টা।

জল (উষ্ণ) ... ৫ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া যোনিমধ্যে ডুশ দিবে।

৪। Re.

ইঞ্জেক্সিয়ো এস্টিজার্শিয়ণ ... ৪ ড্রাম।

জল ... ১০ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া যোনিমধ্যে ডুশ কিম্বা পিচ্কারী
(ডেজাইন্ড্রাল সিরিঞ্জ) দ্বারা প্রযোজ্য। প্রত্যহ ৩৪ বার
প্রয়োগ করা কর্তব্য। যে কোন প্রকার শ্বেতপ্রদর রোগে
(জীবাণু সংক্রমণ জনিত হইলেও) ইহা অতীব
উপকারী।

৫। Re.

ল্যাক্টিক এসিড সলিউশন ৩%

যোনিপথে জীবাণু সংক্রমিত হইয়া শ্বেতপ্রদর হইলে,
ল্যাক্টিক এসিডের ৩% পাসেন্ট সলিউশন ১ পাইন্ট
পরিমাণ লইয়া যোনিপথে ডুশ দিলে অত্যন্ত সময় মধ্যেই
শ্রাবের বর্ণ পরিবর্তিত হয় এবং পূর্ণ ক্ষরণ হ্রাস প্রাপ্ত
হইয়া শীঘ্রই উহা স্থগিত হইয়া যায়। প্রত্যহ ২৩ বার
করিয়া প্রযোজ্য। ল্যাক্টিক এসিড দ্রব ব্যবহারে যোনি
মধ্যস্থ সর্ববিধ জীবাণু সমূলে ধ্বংশ প্রাপ্ত হয়।

৬। Re.

হাইড্রাষ্টিন্ হাইড্রোক্লোরাইড ১২ গ্রেণ।

জিঙ্ক বোরাটিন ... ১২ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট বেলোডোনা ... ৩ গ্রেণ।

বোরো-গ্লিসিরিন ... ৪ ড্রাম।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১২ টা সাপোজিটারী প্রস্তুত
করিবে। রাত্রে শয়নকালে ডুশ দ্বারা যোনিপথ পরিষ্কার
করতঃ, ১ টা সাপোজিটারী যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া
রাখিবে। যদি শ্রাব তরল থাকে, তবে ইহাতে শ্রাব সঞ্চয়
বন্ধ হয়।

৭। Re.

কুইনাইন হাইড্রোব্রোমাইড ১/২ ড্রাম।

অয়েল থিওব্রোম ... ৫ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১০ টা সাপোজিটারী প্রস্তুত
করতঃ, প্রত্যহ ১ টা করিয়া সাপোজিটারী যোনিপথে
প্রযোজ্য।

৮। Re.

ট্যানিক এসিড ... ৫ ড্রাম।

এল্‌কোহল ... ৩ ড্রাম।

ক্রিয়োজোন্ট ... ২ ড্রাম।

একোয়া ... এড্‌ ৪ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ, ইহার ১ চা-চামচ এক কোয়ার্ট
উষ্ণ জলে মিশ্রিত করিয়া দিবসে ৩ বার যোনিপথে ডুশ
দিবে।

৯। Re.

সোডি বাইকার্ব ... ১ ড্রাম।

টাং বেলোডোনা ... ২ ড্রাম।

একোয়া ... এড্‌ ১ পাইন্ট।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ যোনিপথে ডুশরূপে প্রযোজ্য।

১০। Re.

আর্জেন্টাই নাইট্রাস্ ... ৩০ গ্রেণ।

একোয়া ... ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ তুলি করিয়া লরায়, গ্রীবাযুগ্মের

কতে লাগাইয়া দিতে হয়। সার্বভিসাইটাস্ জনিত
খেতপ্রদরে ইহা উপকারী।

১১। Re.

জিঙ্ক সাল্ফেট ... ১২ ড্রাম।

প্লাবাই এসিটাস্ ... ১/২ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করতঃ, ১ পাইন্ট পরিমাণ উষ্ণ জলে
দ্রব করতঃ বোনিপথে দিবসে ১ বা ২ বার ভুশরূপে
প্রয়োগ করিবে।

১২। Re.

পটাশ ক্লোরেট ... ১ ড্রাম।

১ পাইন্ট জলে দ্রব করতঃ, বোনিপথে ভুশরূপে ব্যবহার
করিলে সাধারণ প্রকৃতির খেতপ্রদরে সুন্দর উপকার
পাওয়া যায়।

১৩। Re.

পটাশ পারম্যাঙ্গানেট ... ১/২ ড্রাম।

একোয়া ... ১৫ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ, বোনিপথে পিচকারীরূপে
প্রযোজ্য। দুর্গন্ধময় শ্রাবে ইহা অত্যন্ত উপকারী।

১৪। Re.

পটাশ ক্লোরেট ... ৩ ড্রাম।

ভাইনাম্ ওপিয়াই ... ২ ড্রাম।

একোয়া পাইসিস্ ... ১০ আউন্স।

এসিড এসিটিক্ ... ১০ আউন্স।

টাই ইউক্যালিপ্টাস্ ... ১ আউন্স।

এসিড স্যালিসিলিক্ ... ১৫ গ্রেণ।

গোডি স্যালিসিলাস ... ৫ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করতঃ, ইহা ১ চ-চামচ (১ ড্রাম)
মাত্রায় ১ পাইন্ট (১০ আউন্স) জলে দ্রব করতঃ
বোনিপথ প্রত্যহ ২৩ বার ভুশ দিবে।

১৫। Re.

লাইকর প্লাবাই সাব্ এসিটেটস্ ৪ আউন্স।

টাই ওপিয়াই ... ৪ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ইহা ৪ ড্রাম মাত্রায় এক

কোয়ার্ট জলের সহিত মিশাইয়া বোনিপথে প্রত্যহ ৩ বার
করিয়া পিচকারী দিবে। খেতপ্রদর সহ বোনিপথের তরুণ
বেদনার ইহা ফলপ্রসূ।

১৬। খেতপ্রদর রোগে ডাক্তার ল্যাণ্ডো বোনিপথে

“স্ট্রি” ইঞ্জেকসন দিয়া আশাতীত উপকার পাইয়াছেন
বলিয়া মত প্রকাশ করিয়াছেন পুরাতন প্রমেহজনিত
পীড়ায় ইহা অতীব উপকারী।

সাধারণ ব্রিউয়ান্স্ ইষ্ট (Brewers yeast)

জলে যথেষ্ট পরিমাণে তরল করিয়া দ্রব করতঃ,

১০—২০ সি, সি, পরিমাণ এই দ্রব একটী পিচকারীতে

লইয়া বোনিপথে গীরে ধীরে প্রয়োগ করতঃ, তুলা

দ্বারা বোনিপথ প্রাগ বা রুদ্ধ করিয়া দিবে—যাহাতে

উক্ত দ্রব বোনিপথে অন্ততঃ ২৪ ঘণ্টাকাল থাকে।

২।৩ দিন অন্তর পুনরায় ইহা প্রযোজ্য। এইরূপে সপ্তাহ বা

ততোধিককাল পর্যন্ত চিকিৎসা চালাইতে হয়। ইহাতে

কোনও অন্তঃ লক্ষণ প্রকাশ পায় না, অথচ পীড়া সম্বর

আরোগ্য হয়।

৩। Re.

জিঙ্ক সাল্ফ ... ১ ড্রাম।

এলাম সাল্ফ ... ১ ড্রাম।

গ্লিসারিন্ ... ৬ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহা ৪ ড্রাম মাত্রায় প্রতি

কোয়ার্ট জলে মিশ্রিত করতঃ বোনী পথে ডুস দিলে, খেত

প্রদরের শ্রাব সম্বর নিবারিত হয়।

গাঢ় শ্রাব বর্তমানে আয়োডেক্সের সাপোজিটরী অথবা

তুলার প্রাগ্ (নুটী) করিয়া তাহাতে আয়োডেক্স (Iodex)

মাখাইয়া বোনিপথে প্রবেশ করাইয়া অন্ততঃ প্রত্যেক

বারে ৬ ঘণ্টাকাল করিয়া রাখিলে সমূহ উপকার

হয়।

(২) দৈহিক চিকিৎসাঃ—জরায়ুর স্থানচ্যুতি

বা রক্তাবেগের অস্বাভাবিক কারণ এবং বিশেষ কোনও

জীবাণু সংক্রমণ বর্তমান থাকিলে—তাহার যথাযোগ্য

চিকিৎসা আবশ্যিক।

উপযুক্ত ব্যায়াম, পুষ্টিকর পথ্য, শীতল জলে স্নান, বায়ু পরিবর্তন, বলকারক ঔষধাদির ব্যবস্থা করা কর্তব্য।
আহারের পূর্বে ২ আউন্স পরিমাণ—রবার্টসনস্ ইন্ডিয়া লড্ পোর্ট কিঞ্চিং জল সহ পান করিলে সাধারণ স্বাস্থ্যের যথেষ্ট উন্নতি হইয়া থাকে।

আহারের পর নিম্নলিখিত যে কোনও ১টি ঔষধ ব্যবস্থা করিলে—বিশেষতঃ, রক্তহীনতা বর্তমানে বিশেষ উপকার হয়।

সিরাপ হিমোপোয়েটিক উইথ্ ভাইটামিন্।

„ হিমোজিন্ „ „ ।

„ হিমোবিন্ „ „ ।

ট্যাবলেট স্যাঙ্গুইফেরিণ।

অত্যন্ত রক্তহীনতা অবস্থায় লৌহ ও আর্সেনিক ঘটিত বলকারক ঔষধ ব্যবস্থায়। এতদ্ব্যতীত উল্লিখিত ঔষধ কয়েকটির যে কোনও একটির সহিত স্বতন্ত্ররূপে আয়রণ এণ্ড ক্রীকনিন্ কোঃ ব্যবস্থা করিলে বেশ উপকার হয়।

ঐ অবস্থায় স্যাঙ্গুইফেরিণ ট্যাবলেট মহোপকারী। ইহা প্রত্যহ আহারের পর ১টি ট্যাবলেট মাত্রায় সেব্য।

নিম্নলিখিত ব্যবস্থা কয়েকটিও এই অবস্থায় ব্যবহার করা যায়।

১। Re.

এসিড আর্সেনিয়াস ... ১/৪ গ্রেণ।

ফেরি রিডাক্টাম্ ... ২০ গ্রেণ।

কুইনাইন্ সাল্ফ্ ... ২০ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট জেন্সিয়ান্ ... যথাপ্রয়োজন।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ২৪টি বটিকায় বিভক্ত করিবে।
যুবতীদের পক্ষে একটি করিয়া বটিকা আহারান্তে প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

২। Re.

টীং ফেরি পারক্লোর ... ১ ড্রাম।

টীং সিঙ্কোনা কোঃ ... ২ আউন্স।

টীং জেন্সিয়ান কোঃ এ্যাড্ ৪ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া এক চা-চামচ মাত্রায় জলসহ প্রত্যহ ৩ বার আহারান্তে বিধেয়।

পৌষ—৪

৩। Re.

টীং সিঙ্কোনা কোঃ ... ২ আউন্স।

টীং জেন্সিয়ান কোঃ ... ২ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ২ ড্রাম মাত্রায় কিঞ্চিং জলসহ দিবসে ৩ বার সেব্য।

৪। R.

সিরাপ ফেরি আয়োজাইড্ ১/২—১ ড্রাম।

কিঞ্চিং জলসহ আহারান্তে দিবসে ২/৩ বার সেবনে সমুহ ফল পাওয়া যায়।

আমরা শ্বেত প্রদর রোগে—জরায়ুর বলাধান জন্য নিম্নলিখিত ঔষধগুলি ব্যবহার করিয়া আশাতীত উপকার পাইয়াছি।

৫। Re.

সেলিরিনা (রাইও কেমিক্যাল্) ১ ড্রাম।

এলোট্রিস কডিফোল (ঐ) ... ১ ড্রাম।

একোয়া ... এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

৬। Re.

লাইকর অশোক কম্পাউণ্ড ... ১ ড্রাম।

এক্সট্রাক্ট এত্রোমা লিকুইড ... ১ ড্রাম।

একোয়া ... এ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

এই রোগে অশোক একটা উৎকৃষ্ট ঔষধ। ইহা সেবনে সর্বপ্রকার স্ত্রীরোগ বিনষ্ট হয়। শ্বেত, নীল, রক্ত বা পীত প্রদর—তাহা যে কোন কারণেই উৎপন্ন হউক না কেন এবং যতদূর দুঃসাধ্য হউক না কেন—অশোক সেবনে উক্ত রোগসমূহ দূরীভূত হয়। ইহা আয়ুর্বেদের কথায় ইহা সেবনে কুক্ষি-শূল, কটীশূল, মন্দাগ্নি, অরুচি, পাণ্ডু, শোথ ও কৃশতা দূর হয় এবং শরীর পুষ্ট ও বলিষ্ঠ হয়। ইহা আয়ুর্কর, পুষ্টিকর, বলপ্রদ ও বর্ণ-প্রসাধক।

এত্রোমা আগষ্টা—বাংলা ভাষায় ইহাকে ওলট-কমল বলে। সংস্কৃতে ইহাকে “পৌরবী” বলা হয়। ইহার

অপর নাম :—বোম্বি, ক্রযোৎপল, পরিবাধ। আয়ুর্বেদে জীরোগাধিকারে ইহার যথেষ্ট প্রশংসা দেখা যায়। ইহা বোনিরোগ, জরায়ুদোষ, প্রদর ও রক্তোদোষ নিবারণ করিতে শ্রেষ্ঠ।

অশোক ও আগষ্টা এত্ৰোমা ব্যবহার দ্বারা আমরা আশাতীত উপকার পাইয়াছি। কখন কখন ইহার সহিত প্রতিমাত্রায় ১ ড্রাম করিয়া এলেকট্রিস্ কর্ডিয়াল মিশ্রিত করিয়াও দিয়া থাকি এবং তাহাতে বেশ ফল হয়।

খেতপ্রদর সহ রক্তোদোষ বর্তমান থাকিলে, কখন কখন “হরমোটোন্” ট্যাবলেট ব্যবহারে সুন্দর ফল পাওয়া যায়। ইহাতে জরায়ুর ও সাধারণ স্বাস্থ্যের বিশেষ উন্নতি হয়। খেতপ্রদরের স্রাব হইতে অটোভ্যাক্সিন প্রস্তুত করতঃ তাহার ইঞ্জেক্সন দিলেও সুন্দর উপকার হইয়া থাকে।

কলিকাতার সুবিখ্যাত জীরোগ চিকিৎসক ক্যাপ্টেন এম্, সি, মিজ M. A., M. D., ch. B. (Edin) L, M, (Rotunda), F. R. C. S. মহাশয় খেতপ্রদর রোগে সোডা বাইকার্বের চূড়ান্ত দ্রবের (Saturated Solution) বোনিপথে ডুশ; খেতপ্রদরের স্রাব হইতে প্রস্তুত

অটোভ্যাক্সিন ইঞ্জেক্সন এবং অশোক সেবনের বিশেষ প্রশংসা করেন।

সম্প্রতি অনেক জীরোগ চিকিৎসক খেতপ্রদর পীড়ায় দুগ্ধ ইঞ্জেক্সনের বিশেষ প্রশংসা করেন। খাঁটা সত্ত্ব গোহুগ্ধ উত্তমরূপে বিশোধিত টেব্লেট টিউবে লইয়া স্পিরিট ল্যাম্পের উত্তাপে স্ফুটীত করতঃ সংশোধিত (Sterilised) করিয়া উহা বিশোধিত গিরিঙ্গে ১/২ সি সি, লইয়া বাহুতে ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেক্সন দেওয়া কর্তব্য। ইহা ক্রমশঃ যাত্রা বৃদ্ধি করতঃ ২ সি, সি, পর্য্যন্ত দিতে পারা যায়। সম্ভা হে ২ বার প্রযোজ্য। ইঞ্জেক্সনে স্থানিক বেদনাদির জন্ত উষ্ণ শেঁক দেওয়া উচিত।

কতিপয় রোগীতে আমরা দুগ্ধ ইঞ্জেক্সন দিয়া উপকার পাইয়াছি।

পুরাতন পীড়ায় জল হাওয়া এবং স্থান পরিবর্তন বেশ উপকারী

পথ্যাদি পুষ্টিকর ও লঘুপাচ্য হওয়া দরকার। মৎস্ত মাংস যত না খাওয়া যায় ততই ভাল।

একজেমা (Eczema) রোগে ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

বেটান্যাফথোল	...	১০ গ্রেণ।
ক্যাম্ফর	...	১০ গ্রেণ।
রেসর্সিন	...	১০ গ্রেণ।
সালফার	...	১ ড্রাম।
পালভ এন্টিসেপ্টিন	...	২০ গ্রেণ।
ভেসেলিন	...	১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মলম। একজেমা আক্রান্ত স্থান বেশ করিয়া পরিষ্কার করতঃ

এই মলম প্রযোজ্য। যে কোন প্রকার একজেমায় ইহা বিশেষ উপকারী।

(Journal of Pharmacy)

ব্যাধিও তাহার প্রতিকার

Diseases and their prevention.

লেখক—ডাঃ শ্রীব্রজেনচন্দ্র ভট্টাচার্য L. M. F.

মেডিক্যাল অফিসার, অষ্টগ্রাম চ্যারিটেবল ডিস্পেন্সারী

ময়মনসিংহ

— :: —

ব্যাধি কাকে বলে? শরীরের স্বাভাবিক অবস্থার ব্যতিক্রমকেই ব্যাধি বলা যায়।

“শরীরম্ ব্যাধি-মন্দিরম্”। শরীরভ্যন্তরে নানা প্রকারের রোগ-জীবাণু স্বভাবতঃই বিद्यমান থাকে; কিন্তু ভগবান এই সকল রোগজীবাণুর হাত হইতে রক্ষা পাওয়ার জন্য নানারূপ উপায় বিধান করিয়াছেন। নৈমিত্তিক ঝিল্লীর ও শরীরভ্যন্তরস্থ যাবতীয় গ্রন্থিরসের স্বাভাবিক অবস্থায় ঐ সকল রোগজীবাণু শরীরভ্যন্তরে থাকিয়াও, শরীরের স্বাভাবিক অবস্থার বৈষম্য ঘটাইতে পারে না। শরীরে বিভিন্ন ধাতের ও বিভিন্ন রুচিযুক্ত জীবাণুর বর্তমানতা বশতঃ, কোন নির্দিষ্ট রোগজীবাণু বিশেষের পক্ষে ব্যাধি সৃষ্টি করা সহজ হইয়া উঠে না। শরীরভ্যন্তরে যে সকল জীবাণু বিद्यমান থাকে, তাহাদের কতকগুলি ব্যাধি জন্মায় না, বরং রোগোৎপাদনকারী জীবাণুর বিরুদ্ধে ক্রিয়াসম্পন্ন বলিয়া শরীরের স্বাভাবিক অবস্থার বৈষম্য সংঘটনের অন্তরায় হইয়া দাঁড়ায়। কতকগুলি জীবাণু অল্পরসে পুষ্ট হয়, কতকগুলি ক্ষাররসে ভাল থাকে, কতকগুলি মৃত দৈহিক বিধানকে বাসস্থানের যোগ্য মনে করে, আর কতকগুলি আবার সজীব দৈহিক বিধানে থাকিতে ভালবাসে। এই ভাবে এক শ্রেণীর জীবাণু অল্প শ্রেণীর বিরুদ্ধে রুচিসম্পন্ন বিধায়, শরীরে স্বাভাবিক অবস্থার উদ্ভব সহজসাধ্য হয় না। তাহা না হইলে জীবন ধারণ সূক্ষ্মতন হইত।

রক্তের শ্বেত-কণিকা (white blood corpuscles or leucocytes) শরীরের গ্রহণীয় স্বরূপ। কোন রোগজীবাণু শরীরে প্রবিষ্ট হইবামাত্র রক্তের শ্বেতকণিকা সমূহ তাহাকে আক্রমণ করে। জন্মের পর হইতেই শ্বাস-প্রশ্বাস ও খাওয়ার সহিত বিবিধ রোগজীবাণু মানব দেহে প্রবিষ্ট হয়। এই ভাবে প্রতি মুহূর্তেই অসংখ্য জীবাণু আমাদের শরীরে প্রবেশ করিতেছে। কিন্তু রক্তের শ্বেতকণিকাসমূহ প্রতি মুহূর্তেই এই সকল রোগজীবাণুকে বাধা প্রদান করিতেছে। সুতরাং ইহা স্পষ্টই প্রতীয়মান হইতেছে যে, রোগজীবাণু ও রক্তের শ্বেতকণিকার মধ্যে অনবরত যুদ্ধ লাগিয়াই আছে। শ্বেতকণিকা সবল থাকিলে রোগজীবাণু ব্যাধির সৃষ্টি করিতে পারে না। এই যুদ্ধে জীবাণুর ও শ্বেতকণিকার হতাহত হওয়ার সমূহ সম্ভাবনা আছে। রোগজীবাণু হত হইলে শ্বেতকণিকা মৃত রোগজীবাণুগুলি ভক্ষণ করে; এই প্রক্রিয়াকে ফেগোসাইটোসিস (Phagocytosis) বলে। আর হত শ্বেত রক্তকণিকা পচিয়া পুঁজাকারে বা নানা পথে—যেমন প্রস্রাব, মল, ঘর্ম, শ্বাসপ্রশ্বাস প্রভৃতির সহিত শরীর হইতে বাহির হইয়া যায়।

এই যুদ্ধে যাবতীয় গ্রন্থিরস ও বিভিন্ন নৈমিত্তিক ঝিল্লী রক্তের শ্বেতকণিকার সাহায্যকারীরূপে কার্য্য করে। কাজেই বিভিন্ন গ্রন্থিরসের ও নৈমিত্তিক ঝিল্লীর স্বাভাবিক অবস্থায় রোগোৎপাদন করা রোগজীবাণুর পক্ষে কঠিন হয়।

কোন কারণে যেত রক্তকণিকা সমূহ দুর্বল হইয়া পড়িলে, শৈল্পিক ঝিল্লি সমূহ অব্যাবহিক অবস্থা প্রাপ্ত হইলে, গ্রন্থি-রসের অল্পতা বা আধিক্য ঘটিলে এবং আরও অজ্ঞাত কারণে, যে সকল রোগজীবাণু স্বভাবতঃই আমাদের দেহে বর্তমান থাকে, সেগুলির বংশ বৃদ্ধি পায় ও তাহারা সতেজ হইয়া উঠে এবং শরীরের সুস্থাবস্থার বিপর্যয় ঘটে। এই বিপর্যয় অবস্থাকেই আমরা “ব্যাদি” বা “ব্যাক্সা” বা “দীড়া” বলিয়া থাকি।

পূর্বেই উক্ত হইয়াছে যে, শরীরাত্মক্রে প্রবিষ্ট রোগজীবাণুর মধ্যে কতকগুলি অল্পরসে ও কতকগুলি ক্ষাররসে ধ্বংস প্রাপ্ত হয়। ভিন্ন ভিন্ন গ্রন্থিভেদে গ্রন্থিরস বিভিন্ন; প্লেগম্যাটিক ক্ষার ধর্মবিশিষ্ট, আবার কোনটা অম্লধর্মী। যে সকল রোগজীবাণু অল্পরসে পুষ্ট হয়, তাহারা শর্করা বা খেতসার জাতীয় জিনিষের পচন সংঘটন করে ও যে সকল জীবাণু ক্ষাররসে পুষ্ট হয়, তাহারা ছানা জাতীয় জিনিষের পচন সংঘটন করায়। ইহার ফল এই হয় যে, কোন শ্রেণীর রোগ জীবাণুরই বিশেষ সুবিধা হইয়া উঠে না; কাজেই ব্যাদিও বিকাশ পায় না। অত্রে স্বভাবতঃই অল্পরসজীব ও ক্ষাররসজীব রোগজীবাণুর জীবনতত্ত্ব সম্বন্ধীয় সাম্যাবস্থা (Biological Equilibrium) বিদ্যমান থাকে। যদি এই সাম্যাবস্থার বিপর্যয় ঘটে, তাহা হইলে ব্যাদির সৃষ্টি হয়—একথা সকলেরই স্মরণ থাকা দরকার।

অতিরিক্ত ঠাণ্ডা হাওয়া লাগান, অপরিমিত আহার, কুখাদ্য ভোজন, দূষিত বায়ুপূর্ণ স্থানে বাস, অপরিষ্কার জল পান প্রভৃতি কারণে শৈল্পিক ঝিল্লির ও যাবতীয় গ্রন্থিরসের বিপর্যয়ে রোগ-জীবাণুগুলির সুবিধা হয়। রোগ-জীবাণুগুলি সুবিধামত ক্ষেত্রে উপস্থিত হইয়া অল্পকাল অবস্থা প্রাপ্ত হইলে, বিশেষভাবে পুষ্ট হয় ও বংশ বৃদ্ধি পাইয়া উগ্রমুষ্টি ধারণ করতঃ নানা প্রকার যন্ত্রণাদায়ক ও অসুখজনক লক্ষণাবলীর সৃষ্টি করে। ফলে, শারীরিক ও মানসিক সুখের অন্তরায় উপস্থিত হয়। এইজন্য ব্যাদির আর এক নাম “অসুখ”।

রোগজীবাণু বিভিন্ন লক্ষণাবলী দৃষ্টে, আমরা বিভিন্ন রোগ নির্ণয় করিয়া থাকি। শরীরে টাইফয়েড ব্যাসিলাস

(Typhoid bacillus) প্রবেশ লাভ করিলে অবিরাম জ্বর, পেটকাঁপা, উদরাময়, দক্ষিণ ইলিয়াম প্রদেশ বেদনামুক্ত (tender), মাথা বেদনা, জিহ্বা লেপাবৃত প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশ পায়। এই সকল লক্ষণ দৃষ্টে আমরা রোগীর টাইফয়েড জ্বর হইয়াছে বুঝিতে পারি। এইরূপ সকল ব্যাদিই কতকগুলি লক্ষণ দ্বারা প্রকাশ পায়। বিভিন্ন লক্ষণাবলী দৃষ্টে আমরা বিভিন্ন ব্যাদি নির্ণয় করিয়া থাকি।

দীড়ার চিকিৎসা :—দীড়ার চিকিৎসা নিম্নলিখিত কয়েক প্রকারে বিভক্ত করা যায়। যথা—

(ক) প্রাকৃতিক চিকিৎসা (Nature's attempt to cure) :—শরীরে রোগজীবাণু বা কোন খারাপ জিনিষ প্রবিষ্ট হইলে শারীর-প্রকৃতি নানাভাবে তাহা শরীর হইতে বহিস্কৃত করিয়া দিতে যথাসাধ্য চেষ্টা করে। সেই জন্যই আমরা দেখিতে পাই যে, কোন খারাপ জিনিষ উদরস্থ হইলে বমি হয় অথবা অন্ত্রের উত্তেজনা আসে এবং তাহার কলে দাস্ত হইতে থাকে। এরূপ অবস্থায় বমি বা দাস্ত বন্ধ করিবার চেষ্টা করা সঙ্গত নয়। খাস-প্রখাসের সহিত কোন প্রকার অনিষ্টকর, প্রদাহজনক বা উত্তেজক জিনিষ শরীরে প্রবেশ করিলে, স্বতঃই হাঁচি আসে এবং ইহার ফলে, তাহা শরীর হইতে বাহির হইয়া যায়। নাসিকা গহ্বরে যে লোমরাশি দেখিতে পাওয়া যায়, সেগুলি দ্বারা অনেক বাহু জিনিষ নাসিকা মধ্য দিয়া ফুসফুস অভ্যন্তরে প্রবেশের বাধা প্রাপ্ত হয়।

এইরূপে ও আরও অনেক প্রকারে শারীর-প্রকৃতি অনেক সময়ই আমাদের ব্যাদির কবল হইতে রক্ষা করে।

(খ) ঔষধীয় চিকিৎসা (Medicinal treatment) :—রোগী চিকিৎসায় ঔষধাকারী ও ঔষধের প্রয়োজন। পীড়িতের সেবা শুশ্রূষা ভিন্ন কেবল ঔষধের দ্বারা সুফল আশা করা যায় না। একদিকে যেমন উপযুক্ত শুশ্রূষা দরকার, অপর পক্ষে সুনির্দিষ্ট ঔষধের প্রয়োজন হয়। অজ্ঞানতার ভেতন ব্যর্থ হয়। সুনির্দিষ্ট

ঔষধও আবার সময়ে ও পরিমিত মাত্রায় ব্যবহৃত না হইয়া, অসময়ে, মাত্রাধিক্যে বা মাত্রারতায় ব্যবহৃত হইলে কুফল দেখা দিতে পারে। শাস্ত্রে কথিত আছে :—

“যোগাদপি বিমং তীক্ষ্ণং উত্তমং ভেষজং ভবেৎ
ভেষজং বানি হুয়ুস্তং তীক্ষ্ণং সম্পদ্যতে বিষম্।”

বিবেচনা পূর্বক প্রয়োগ করিতে পারিলে তীক্ষ্ণ বিষও উত্তম ঔষধ হয়, আবার অযথা প্রযুক্ত হইলে উত্তম ঔষধও তীক্ষ্ণ বিষের স্থায় অনিষ্টকর হইয়া থাকে।”

রোগ-জীবাণু শরীরে প্রবেশ করিবামাত্র রক্তের যেত কণিকাসমূহ তাহাদিগকে বাধা প্রদান করে ও তাহাতে উভয় পক্ষে বেশ সংঘর্ষ লাগে; এ কথা পূর্বেও উল্লেখ করা হইয়াছে। ইহার ফলে, প্রতিক্রিয়াজনক (reactionary) তাপের সৃষ্টি হয়। এই জন্ত ব্যাধির তরুণ আক্রমণে অনেক ক্ষেত্রেই জ্বর দেখিতে পাওয়া যায়। এই প্রতিক্রিয়া জনিত তাপ দৃষ্টে আমরা বুঝিতে পারি যে, জীবনীশক্তি সতেজ আছে। সতেজ জীবনীশক্তিই (vitality) ব্যাধি আরাম করে। আমরা ঔষধ রূপ অস্ত্র বা সৈন্য দ্বারা সেই জীবনীশক্তির সাহায্য করি মাত্র। অস্ত্র ভাবে বলিতে গেলে বলিতে হয় যে, চিকিৎসক ঔষধ দ্বারা পীড়া আরাম করিতে পারেন না—তিনি শরীর প্রকৃতির জীবনীশক্তিকে সাহায্য করেন মাত্র। জীবনীশক্তি নিম্নজ্বী হইয়া গেলে সুনির্দিষ্ট ভেষজও কার্য্যকরী হয় না।

রোগজীবাণুর আক্রমণ মূলীভূত, কিন্তু এই সঙ্গে শরীরের স্বাভাবিক প্রতিক্রিয়া, গ্রন্থিরস ও যন্ত্রাদির বৈষম্যাবস্থা রোগোৎপত্তির গৌণ কারণ হয়। শরীর-প্রকৃতির জীবনীশক্তিই (Natural vitality) আরোগ্যকারক বিবেচনায় নিম্নলিখিত প্রণালীতে চিকিৎসায় প্রযুক্ত হওয়া সমীচীন বিবেচিত হইয়া থাকে।

(১) তরুণ ব্যাধি মাত্রেই রোগীর স্থিতির ভাবে বিছানায় শুইয়া থাকা দরকার। রোগীর ঘরে যাহাতে বিশুদ্ধ বায়ু চলাচলের বন্দোবস্ত থাকে, সে দিকে লক্ষ্য রাখা উচিত। বিশুদ্ধ বায়ু বহু রোগ-জীবাণু ধ্বংস করিতে পারে।

(২) রোগোৎপাদনকারী রোগজীবাণু বিশেষের ধ্বংস সাধনের জন্ত যত্নবান হওয়া বাঞ্ছনীয়। কুইনাইন ম্যালেরিয়ার জীবাণু ধ্বংস করে, টিং টিল বা টিং কেরি পারক্লোরাইড্ ট্রেপ্টোককাস নামক রোগ-জীবাণুনাশক, এমিটিন এণ্টামিবা হিষ্টলিটিকা, এন্টিমনির অর্গ্যানিক কম্পাউন্ড সমূহ (Organic Antimonial Compounds) লিস্মেন ডনোভন বডি নামক জীবাণু নাশক, এন্টিটিউমিক সিরাম টিটেনাস জীবাণু বিনষ্ট করে—ইত্যাদিরূপ ঔষধ ব্যাধি বিশেষে প্রযোজ্য। কিন্তু বর্তমান অবস্থায় সকল প্রকার জীবাণু ধ্বংসকারী ঔষধ আমরা জামি না। এক্ষণে অবস্থায় আমাদের বিবেচ্য এই যে, নির্দিষ্ট রোগোৎপাদক জীবাণু অল্প রসে, কি ক্ষার রসে পুষ্ট। যে রসে যে জীবাণু পুষ্ট হয়, তাহার বিপরীত রস শরীরে সৃষ্টি করিয়া রোগজীবাণুর নিকট গ্রহণ করা ও সঙ্গে সঙ্গে রক্তের যেত কণিকার শক্তি বৃদ্ধি সাধনের প্রয়াস পাওয়া।

(৩) যে সকল গ্রন্থি বৈষম্যাবস্থা প্রাপ্ত হইয়াছে, তাহাদের স্বাভাবিক অবস্থা প্রাপ্তির সাহায্য করাও চিকিৎসার অগ্রতম উদ্দেশ্য। কিন্তু ইহা কতদূর সম্ভব, তাহাও বিবেচ্য। পাচক গ্রন্থির পাচকরস বৈকল্যে পাচকরসের আধিক্য বা অল্পতা ঘটিতে পারে। পাচক গ্রন্থিরস আহ্বারের পরে নিঃসৃত হয়। আহ্বারের পর অল্প হইলে অল্প রসের হ্রাসের জন্ত ক্ষারজাতীয় জিনিস—যেমন সোডা বাইকার্বনেট, ম্যাগনেসিয়াম কার্বনেট প্রভৃতির ব্যবহার প্রয়োজন। একপাকস্থলীর নিম্নলিখিত মিশ্র বেশ কার্য্য করে।

১। Re.

সোডা বাইকার্বনেট	... ১০ গ্রেণ।
ম্যাগনেসিয়াম কার্বনেট	... ১০ গ্রেণ।
স্পিরিট এমন এরোথেট	... ১৫ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরোফর্ম	... ১০ মিনিম।
টিং কার্ডেমম কোঃ	... ২০ মিনিম।
টিং নক্সভমিকা	... ০ মিনিম।
একোয়া	... এ্যাড ১ আউন্স।

একত্র করতঃ ১ মাত্রা। এইমাত্র ৬ মাত্রা। অর্ধমাত্রা ২১৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

আহারের পর যে অম্ল হয়, তাহার কারণ এই যে— ভুক্ত দ্রব্যের মরবিড্ ফারমেণ্টেশনের (উৎসেচন) ফলে এসিটিক, বিউটটিক (Acetic, butyric acids) এসিডের উদ্ভব হয়। এই সকল আগন্তুক এসিডের অম্লত্ব নষ্ট করিবার জন্ত কারজাতীয় ঔষধ প্রয়োজ্য। কারজাতীয় ঔষধের মধ্যে ম্যাগনেসিয়াম কার্বনেট পাকস্থলীতে অত্যধিক অম্লত্ব (excessive acidity) বর্তমানে শীঘ্র দ্রব হয় ও পাকস্থলীর অম্লত্ব নষ্ট করে। কিন্তু প্রয়োজনাত্মক অম্লত্বের অবর্তমানে ইহা কার্যকরী হয় না। সোডা বাইকার্বনেটে অত্যধিক অম্ল নষ্ট করিতে পারে না। অত্যধিক সোডা বাইকার্বনেট ব্যবহার করিলে, পরিপাক ক্রিয়ার জন্য নিতান্ত প্রয়োজনীয় জিনিষ পাচক রসের হাইড্রোক্লোরিক এসিড পর্যন্ত নষ্ট হইয়া যায় (Becomes retralised); সুতরাং ইহা বাঞ্ছনীয় নয়। সেজন্য ডাঃ বার্নিয়ে অদ্রবণীয় ও দ্রবণীয় কার জাতীয় ঔষধ একত্রে ব্যবহার করিতে পরামর্শ দেন। কাহারও কাহারও মতে উল্লিখিত মিশ্র হইতে সোডা বাইকার্বনেট বাদ দেওয়া বাঞ্ছনীয়। কলিকাতা মেডিক্যাল কলেজের ফার্মাকোপিয়ায় কার্বিনেটিভ মিকশারে সোডা বাইকার্ব থাকে না।

পাকস্থলীর পাচকরসের অল্পতা ঘটিলে বিবেচনা করিয়া দেখিতে হইবে যে, এ অল্পতার কারণ কি? গ্রন্থির শিথিলতা বশতঃ অনবরত রসপ্রাবের পরিণাম ফলে একরূপ ঘটিয়া থাকিলে, গ্রন্থি-রসের অবিরত নিঃসরণ বন্ধ করিবার প্রয়াস পাওয়া দরকার। এ অবস্থায় নিম্নলিখিত মিশ্র ব্যবস্থা করা পরামর্শ সিদ্ধ।

২) Re.

সোডা বাইকার্বনেট	...	১০ গ্রেন।
টিং নক্সভমিকা	...	১৪ মিনিম।
টিং কলম্বা	...	২০ মিনিম।
স্পিরিট এমন এরোমেট	...	১৫ মিনিম।
একোয়া ক্লোরোকরম	...	গ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা।
আহারের অর্ধ ঘণ্টা পূর্বে সেব্য।

এই মিশ্র ব্যবহারের ফলে পাচক গ্রন্থিরসের অবিরত নিঃসরণ বন্ধ থাকে। পাচকগ্রন্থি বিশ্রাম স্থখ উপভোগ করিতে সুবিধা পাইয়া, অনেকটা সুস্থ ও আহারের পর পরিমিত পরিমাণ পাচকরস নিঃসৃত করিতে সক্ষম হয়।

আর যদি বুঝিতে পারা যায় যে, পাচকগ্রন্থির দুর্বলতা প্রযুক্ত পাচকরসের অল্পতা ঘটিতেছে এবং উহা অবিরত পাচকরসের নিঃসরণ জনিত নহে, তাহা হইলে নিম্নলিখিত মিশ্র যোগ্যতার সহিত ব্যবহার করা যায়।

(৩) Re.

টিং নক্সভমিকা	...	৫ মিনিম।
টিং কলম্বা	...	২০ মিনিম।
এসিড্ হাইড্রোক্লোরিক ডিল	...	১০ মিনিম।
পেপ্‌সিন্	...	৭ গ্রেন।
টিং ক্যাপ্সিকাম	...	৪ মিনিম।
একোয়া	...	গ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা।
প্রতিমাত্রা আহারান্তে সেব্য। এই মিশ্র ব্যবহারে পাকস্থলীর পাচকরসের পেপ্‌সিন্ ও হাইড্রোক্লোরিক এসিডের অল্পতার পরিপূরণ হয়। টিং নক্সভমিকা প্রভৃতি পাচকগ্রন্থির উপর বলকারকরূপে (tonic) কার্য করিয়া গ্রন্থির স্বাভাবিক অবস্থা আনয়ন করে।

যকৃতের ক্রিয়া বিকারে পিত্ত নিঃসরণের হ্রাস পাওয়ার অবস্থাই সচরাচর দৃষ্ট হয়। পিত্ত নিঃসরণ বাড়াইবার উদ্দেশ্যে নিম্নলিখিত মিশ্র বেশ কার্যকরী।

(৪) Re.

এমন ক্লোরাইড	...	১০ গ্রণ।
এসিড্ এন, এম্, ডিল্	...	১০ মিনিম।
টিং নক্সভমিকা	...	৫ মিনিম।
টিং ইউনিমিম	...	১০ মিনিম।
এক্সট্রাক্ট কালমেথ লিকুইড	...	১/২ ড্রাম।
একোয়া	...	গ্যাড্ ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। প্রত্যহ তিনবার সেব্য।
(ক্রমশঃ)

রোগনির্ণয় তত্ত্ব—Diagnosis.

যকৃতের ফোটক—Liver abscess.

লেখক—ডাঃ অশোকচন্দ্র মিত্র M. B.

Late House Surgeon Carmichael Medical College Hospital
& Mayo Hospital, Calcutta.

পিণ্ডশিলা (Gall-stone—Biliary Calculi); সাদৃশ্য বর্তমান থাকায়, ঐ সকল পীড়ার সহিত যকৃত
ক্যান্সার (Cancer); ম্যালেরিয়া জ্বর (Malarial ফোটকের ভ্রম হইয়া থাকে । নিম্নে ইহাদের পার্থক্যজ্ঞাপক
Fever) এবং হাইডেটেড সিষ্ট (Hydated cyst) বিশিষ্ট লক্ষণগুলি উল্লিখিত হইতেছে, এই সকল
ইহাদের কতকগুলি লক্ষণের সহিত যকৃতের ফোটকের লক্ষণ দ্বারা যকৃতের ফোটক সহজেই নির্ণয় করা যাইতে
পারিবে ।

পীড়ার নাম

(১) যকৃতের ফোটক ।
(Liver abscess)

সাধারণ লক্ষণ

(১) যকৃতের উপর আঘাত
এবং ম্যালেরিয়া, আমাশয় ইত্যাদির
ইতিহাস পাওয়া যায় ।

(ক) দক্ষিণ কুক্ষিদেলে অথবা
দক্ষিণ বাহ পক্ষে (স্ক্যাপুলা) বেদনার
ইতিহাস পাওয়া যায় ।

(খ) সবিরাম, অনিয়মিত,
উচ্চতাপ সংযুক্ত জ্বর ও তৎসহ ঘর্ম ও
শীত বর্তমান থাকে—যাহা কুইনাইন
দ্বারা দমিত হয় না ।

(২) যকৃৎ-শুলের এবং জড়িস
বর্তমান থাকার ইতিহাস পাওয়া
যায় ।

(ক) যকৃতের ফোটকের ত্রায় ।
দক্ষিণ কুক্ষি প্রদেশে অথবা দক্ষিণ
স্ক্যাপুলা প্রদেশে বেদনা হয় ।

(খ) উত্তাপ স্বাভাবিক অথবা
তাহা অপেক্ষাকৃত কম থাকে ।

বিশেষ লক্ষণ

(১) সামান্য জড়িস বর্তমান থাকে ।

(ক) দক্ষিণ কুক্ষিদেলে কিছু উচ্চ
হইয়া উঠে ।

(খ) যকৃত বিবর্তিত, মসৃণ ও
প্রায়ই শোধযুক্ত এবং দক্ষিণ কুক্ষিতে
ক্ষীতি বর্তমান থাকে ।

(গ) যকৃত প্রদেশে অল্পলী দ্বারা
প্রতিঘাতে যকৃৎ স্পন্দন অনুভূত হয় ।

(ঘ) এম্পিরেটর যন্ত্র দ্বারা যকৃৎদেশ
বিস্তারিত তদ্ব্যবহা পূজ পাওয়া যায় ।

(২) জড়িস বর্তমান থাকে না ।

(ক) দক্ষিণ কুক্ষিদেলে কিম্বা দক্ষিণ
স্ক্যাপুলা প্রদেশে বেদনা বর্তমান থাকে
না ।

(খ) যকৃৎ হ্রাসপ্রাপ্ত হয় ।

(গ) যকৃত প্রদেশে প্রতিঘাতে
যকৃতের স্পন্দন অনুভূত হয় ।

(ঘ) এম্পিরেটরে পূজ পাওয়া
যায় না ।

(২) পিত্ত শিলা

(Biliary calculi)

সীড়ার নাম

(৩) ক্যান্সার বা কৰ্কটিকা।

(Cancer)

সাধারণ লক্ষণ

(৩) পুরুষাণুক্রমিক ক্যান্সার
সীড়ার ইতিহাস পাওয়া যায়।(ক) যকৃতের ফোটকের ছায়
দক্ষিণ কুক্ষিদেবে অথবা দক্ষিণ
স্ক্যাপুলা প্রদেশে বেদনা বর্তমান
থাকে না।

বিশেষ লক্ষণ

(৩) জড়িস্ বর্তমান থাকে।

(ক) যকৃত ফোটকের ছায় দক্ষিণ
কুক্ষিদেবে কিংবা দক্ষিণ স্ক্যাপুলা
প্রদেশে বেদনা বর্তমান থাকে না।(খ) যকৃত বিবর্তিত এবং ক্ষুদ্র
ক্ষুদ্র 'নোডিউল' বা গুটীকা যুক্ত হয়।(গ) যকৃত প্রতিঘাতে নিরেট শব্দের
বৃদ্ধি অনুভূত হয়।(ঘ) এম্পিরেটর দ্বারা যকৃত প্রদেশ
বিদ্ধ করিলে পূঁজ পাওয়া যায় না।

(৪) ম্যালেরিয়া জ্বর

(Malarial fever)

(৪) ম্যালেরিয়া আক্রমণের পূর্ব
ইতিহাস পাওয়া যায়।(ক) দক্ষিণ কুক্ষিদেবে বা দক্ষিণ
স্ক্যাপুলা প্রদেশে সামান্য বেদনা
বর্তমান থাকে বা আদৌ কোন বেদনা
থাকে না।(খ) জরীর উত্তাপ কুইনাইন
প্রয়োগ দ্বারা দমিত হয়।

(৪) জড়িস্ বর্তমান থাকে না।

(ক) দক্ষিণ কুক্ষিদেবে উচ্চ হয় না।

(খ) যকৃত সামান্য বিবর্তিত
হইতে পারে এবং উহা মৃদু হয়।

(গ) যকৃত বিবর্তিত হয়।

(ঘ) এম্পিরেটরে পূঁজ পাওয়া
যায় না। রক্ত পরীক্ষায় তদ্ব্যযে
ম্যালেরিয়া জীবাণু পাওয়া যায়।

(৫) হাইডেটেড্ সিস্ট।

(Hydated cyst)

(৫) কোনও পূর্ব ইতিহাস
থাকে না।(ক) দক্ষিণ কুক্ষিদেবে বা দক্ষিণ
স্ক্যাপুলা প্রদেশে বেদনা বর্তমান
থাকে না।

(খ) জরীর উত্তাপ স্বাভাবিক।

(৫) প্রায়ই জড়িস্ বর্তমান
থাকে না।(ক) এপিগ্যাস্ট্রিক অথবা
হাইপোগ্যাস্ট্রিক প্রদেশের উচ্চতা বা
ক্ষীতি বর্তমান থাকে।(খ) যকৃতের নিরেট শব্দের
স্থানের পরিবর্তন হয়।(গ) প্রতিঘাতে শব্দাহতুতি
নির্গত হয়।(ঘ) এম্পিরেটর দ্বারা যকৃত
বিদ্ধ করিলে উহা হইতে পরিষ্কার
তরল পদার্থ নিঃসৃত এবং এই পদার্থে
স্কুকেলের বর্তমানতা দৃষ্ট হয়।



কৃমিজনিত উপসর্গ

Complications due to Ascariasis.

লেখক—ডাঃ শ্রীসতীভূষণ মিশ্র B. Sc. M, B.

মেম্বর অব ষ্টেট মেডিক্যাল ফ্যাকাল্টি (বেঙ্গল)

কলিকাতা

—:~::~~::~:—

সাধারণতঃ শিশু ও বালকবালিকাদিগের কৃমি কর্তৃক এরূপ অনেক উপসর্গ উপস্থিত হইয়া থাকে—যাহা প্রায়ই চিকিৎসককে ভ্রান্ত ধারণার বশবর্তী করিয়া তুলে। পাড়াগাঁয়ে অনেক স্থলে এইরূপ ভ্রান্ত রোগনির্ণয়ের ফলে, কত শিশু—কত বালকবালিকা যে, কুচিকিৎসায় মৃত্যুমুখে পতিত হয় তাহার ইয়ত্তা নাই। বিশেষরূপে পর্যবেক্ষণ ও রোগীর ইতিবৃত্তাদির অনুসন্ধান ব্যতীত প্রকৃত রোগ প্রায়ই ধরা হুঃসাধ্য হয়। আমি মনে করি—শিশু ও বালক বালিকাদিগের চিকিৎসাকালে প্রত্যেক চিকিৎসককে কৃমি সম্বন্ধেই সর্বাগ্রেই এসম্বন্ধে যথোচিত অনুসন্ধান লওয়া কর্তব্য। অনেক স্থলে অনেক চিকিৎসককে এই কর্তব্যের ব্যতিক্রম হেতু অপ্রতিভ ও চিকিৎসায় অকৃতকার্য হইতে এবং রোগীর জীবন বিপন্ন করিয়া তুলিতে দেখিয়াছি। আমার পাড়াগাঁয় অশিক্ষিত গৃহস্থ কৃমিজনিত উপসর্গকে ‘ভূতে পাওয়া’ মনে করিয়া তদনুরূপ চিকিৎসায় রোগীকে মৃত্যুপথে অগ্রসর করাইয়া দেয়।

পৌষ—৫

কৃমিজনিত উপসর্গ সমূহ কিরূপে অন্য পীড়াভ্রমে চিকিৎসিত হয়, আজ তাহারই কয়েকটি দৃষ্টান্ত পাঠকবর্গের গোচরীভূত করিব। যখন আমি দীঘাপাতিয়া রাজ হস্পিটালের হাউস সার্জান ছিলাম, সেই সময় দুঃবর্তী কয়েকটি পল্লীগামে এই রোগীগুলির চিকিৎসা করিয়াছিলাম।

(১) রোগিনী ঃ—জনৈক দশম বর্ষীয়া মুসলমান বালিকা। বিগত ৫ই মার্চ (১৯২৮) তারিখে এই বালিকার চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থা :—বালিকাটিকে নিম্ন অবস্থাপন্ন দেখিলাম।

- (ক) বালিকা শয্যায় শুইয়া আপন মনে বিড়্ বিড়্ করিয়া বকিতেছে।
- (খ) ভীতিপ্রদভাবে শূন্যদিকে চাহিয়া আছে।
- (গ) মধ্যে মধ্যে পেটে হাত দিয়া চীৎকার করিয়া উঠিতেছে।

(৬) সর্ষদা প্রায় খুঁ ফেলিতেছে ও নাকের মধ্যে ১। Re.

আবুল দিয়া নাক খুঁতেছে।

(৬) উত্তাপ স্বাভাবিক।

(৮) জিহ্বা পুরু সাদা মলাবৃত।

(৯) উদরাগ্নান বর্তমান আছে।

(৯) দুই দিন হইতে দান্ত হয় নাই।

(৯) ডাকিলে বা প্রশ্ন করিলে ফ্যাল ফ্যাল করিয়া
তাকায়, কোন কথা বলে না।

পূর্ব ইতিহাস :—জিজ্ঞাসিত হইয়া বালিকার
শিতা বাহা বলিলেন, তাহার সারমর্ম এই যে,—বালিকার
স্বাস্থ্য বরাবর ভালই ছিল, তবে মধ্যে মধ্যে পেট বেদনার
কথা বলিত। গত কল্যা (৪ঠা মার্চ) সন্ধ্যার সময়
বালিকাকে বাড়ীতে না দেখিতে পাওয়ায় অমুসন্ধানে
দেখা যায়, বাড়ীর অনতিদূরে একটা জঙ্গলের মধ্যে
অজ্ঞানবৎ পড়িয়া আছে। তখন তাহাকে জঙ্গল হইতে
তুলিয়া ঘরে আনা হয়। সমস্ত রাত্রি আদৌ নিদ্রা যায়
নাই, সর্ষদা আবোল তাবোল বকিয়াছে ; কখন কাঁদিয়াছে,
কখন হাসিয়াছে ; আবার কখন বা চীৎকার করিয়া
কাঁদিয়া উঠিয়াছে। চীৎকার করার বিশেষত্ব এই যে, যখনই
চীৎকার করিয়াছে, তখনই পেটে হাত দিয়া পেট চাপিয়া
ধরিয়াছে। মধ্যে মধ্যে খুঁ ফেলিয়াছে এবং প্রায়ই নাক
খুঁটিয়াছে। ডাকিলে কোন সাড়া দেয় না।

সকলেই মেয়েকে “ভূতে ধরিয়াছে” বলায়, রাত্রি প্রায়
১০:১১ টার সময় জনৈক ভূতের রোজাকে আনা হয়।
তিনি সমস্ত রাত্রি ধরিয়া চেষ্টা করিয়াও ভূত তাড়াইতে
পারেন নাই। অতঃপর এই ভূত অত্যন্ত বেয়াড়া স্থির
করতঃ রোজা মহাশয় তাহার ওস্তাদকে আনিবার জন্ত
প্রত্যুষে চলিয়া গিয়াছেন। তারপর * * * মুন্সি
সাহেবের উপদেশ ক্রমে আমাকে ডাকা হইয়াছে।

বালিকার ইতিবৃত্ত শুনিয়া ও বর্তমান অবস্থা লক্ষ্য
করিয়া কুমি-জনিত উপসর্গ (Complication due to
ascariasis) বলিয়া ধারণা হইল। এই ধারণার বশবর্তী
হইয়া নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

অয়েল রিসিনি ... ২ ড্রাম।

মিউসিলেজ একেশিয়া যথা প্রয়োজন।

চীং কার্ডমোম কোঃ ... ১০ মিনিম।

চীং নক্সভমিকা ... ১ মিনিম।

একোয়া মেছপিপ ... ৪ ড্রাম।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ২ মাত্রা। প্রতি মাত্রা

৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

২। Re.

সোডি ব্রোমাইড ... ২ গ্রেণ।

এমোন ব্রোমাইড ... ২ গ্রেণ।

সিরাপ জিঞ্জার ... ১/২ ড্রাম।

একোয়া ক্লোরোফর্ম ... ৪ ড্রাম।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা

৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

পথ্য :—লেবুর রস সহ জলবাঁলি।

৬/৩/২৮ অবস্থা পূর্ববৎ, তবে ৪ বার দান্ত
হইয়াছে। অদ্য কুমির জন্ত কেবল মাত্র নিম্নলিখিত ঔষধ
ব্যবস্থা করিলাম।

৩। Re.

ট্যাবলেট ডাঙ্কিউলিন ... অর্ধ ট্যাবলেট।

এক মাত্রা। আধ খানি ট্যাবলেট চূর্ণ করিয়া জলসহ
উহা রাত্রি ১১:০ টার সময় সেবন করাইতে বলিলাম।

৭/৩/২৮—অদ্য অবস্থার অনেক পরিবর্তন দেখা গেল।
অনেকটা জ্ঞান হইয়াছে, পেটকাঁপা নাই, পেটে চাপ দিয়া
চীৎকারও করিতেছে না ; তবে এখনও জড়তা আছে।
শুনিলাম—কল্যা শেষ রাত্রি হইতে এ পর্যন্ত (তখন বেলা
১০টা) ৪ বার তরল দান্ত এবং দান্তের সঙ্গে ১২টা কেঁচো
কুমি বহির্গত হইয়াছে।

অদ্যও ৩নং ট্যাবলেট উক্ত প্রকারে সেবনের ব্যবস্থা
দিলাম। পথ্য—পূর্ববৎ।

৮।৩।২৮—অদ্য ১০ টার সময় শুনিলাম, কল্য হইতে
এপর্যন্ত ৪ বার তরল দান্ত ও তৎসহ ৬টা কেঁচো কুমি
নির্গত হইয়াছে। কল্য রাত্রি হইতে বালিকাটি সম্পূর্ণ
সুস্থ আছে, কোন উপসর্গ বা অজ্ঞানতা নাই। অদ্য
অন্নপথ্য ব্যবস্থা করা হইল।

(২) রোগী :- ৪ বৎসর বয়স্ক একটি হিন্দু বালক।
গত ১৮ই মে (১৯২৮) এই বালকটির চিকিৎসার্থ আহৃত
হই।

বর্তমান অবস্থা :- বালকটিকে নিম্ন অবস্থাপন্ন
দেখিলাম—

(ক) তখন (বেলা ১০টা) বালকটির আক্কেপ
(Convulsion—তড়কা) উপস্থিত হইয়াছে,
হাত দুইখানি খুব শক্ত মুষ্টিবদ্ধ করিয়া আছে,
পদদ্বয় সটান ও সোজা ;

(খ) চক্ষু গোলক ঘূর্ণায়মান, চক্ষু-তারকা সঙ্কচিত ;

(গ) উদরাগ্নান (Tympanitis)।

(ঘ) নাড়ী নিয়মিত, কিন্তু অত্যন্ত দ্রুত ;

(ঙ) উত্তাপ ১০৪ ডিগ্রি ;

(চ) প্লীহা অত্যন্ত বর্ধিত ;

(ছ) রক্তহীনতা।

পূর্ব ইতিহাস :- বালকটির মধ্যে মধ্যে ঝর হয়,
কিন্তু কোনবার এরূপ তড়কা হয় নাই। অদ্য প্রাতে
অন্ন হওয়ার সঙ্গে সঙ্গে তড়কা হইয়া এ পর্য্যন্ত (তখন
বেলা ১০টা) ৪ বার তড়কা হইয়াছে।

চিকিৎসা :- উপস্থিত তড়কা নিবারণার্থ
নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

(১) মস্তকে অনবরত ঠাণ্ডা জল ধারাগী করিয়া
প্রয়োগ এবং হাটু পর্য্যন্ত পদদ্বয় উষ্ণজলে নিমজ্জিত করিয়া
রাখার ব্যবস্থা করিলাম।

(২) সেবনার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করা হইল—

(ক) Re.

সোডি ব্রোমাইড	...	১ গ্রেণ।
এমোন ব্রোমাইড	...	১ গ্রেণ।
সিরাপ জিঞ্জার	...	১০ মিনিম।
টিং বেলেডোনা	...	১/২ মিনিম।
একোয়া টাইকোটিন	..	২ ড্রাম।
জল	...	২ ড্রাম।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা
৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

(৩) উদরোপরি সাবান ও তার্পিণ তৈল মালিষ
করিতে বলিলাম।

অর্দ্ধ ঘণ্টার মধ্যেই আক্কেপ নিকৃতি হইতে দেখা
গেল। যতক্ষণ উত্তাপ ১০০ বা ১০১ ডিগ্রিতে না নামে,
ততক্ষণ মস্তকে শীতল জলপটি দিতে বলিয়া বিদায়
হইলাম।

১৯।৫।২৮—প্রাতে ৯টার সময় রোগী দেখিলাম।
শুনিলাম—কল্য আর তড়কা হয় নাই, বিকালে অন্ন কম
পড়িয়াছিল। অদ্য প্রাতে পুনরায় অন্ন হওয়ার সঙ্গে আবার
তড়কা হইয়াছে। এ পর্য্যন্ত ২ বার তড়কা হইয়াছে।
অদ্যও রোগীর অবস্থা পূর্বদিনের জায় দেখা গেল।

অদ্যও গত কল্যাকার জায় সমুদয় ব্যবস্থা করিলাম।
এতদ্বির কুমি সন্দেহ করিয়া নিম্নলিখিত ঔষধটি সেবনার্থ
দিলাম—

৪। Re.

ট্যাবলেট ভার্গিউলিন	...	১টা।
---------------------	-----	------

একটা ট্যাবলেট চূর্ণ করিয়া তৎসহ ১০ গ্রেণ সুগার অব
মিক্স মিশাইয়া ৪ টি পুরিয়ায় বিভক্ত করতঃ, প্রতি পুরিয়া
২ ঘণ্টান্তর সেবন করাইতে বলিলাম।

২০।৫।২৮—অদ্য বেলা ১০ টার সময় রোগী
দেখিলাম। উত্তাপ ১০০ ডিগ্রি, কল্য আর তড়কা হয়
নাই, অল্প কোন উপসর্গ ছিল না। কল্য বিকাল হইতেই
অন্ন কমিয়াছিল। অদ্য প্রাতে ২ বার দান্ত এবং তৎসঙ্গে
৪টা কেঁচো কুমি বাহির হইয়াছে।

অন্যও ৪নং ঔষধ এবং তৎসহ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

৫। Re.

এরিটোটিন (বেয়ার) ... ২ গ্রেণ।

সুগার অব মিক ... ২ গ্রেণ।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৩ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ২ ঘণ্টাস্তর দেব্য।

পথ্য :—জলবারি, ছানার জল এবং বেদানা, কমলা প্রভৃতি ফলের রস।

২১।৫।২৮ :—প্রাতে অর ছিল না, কল্য বিকালে সামান্য উত্তাপ বাড়িয়াছিল। কল্য দুইবার দান্ত ও সেই সঙ্গে ৫টা কেঁচো ক্রমি বহির্গত হইয়াছিল। অল্প কোন উপদ্রব নাই, অল্প নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

৬। Re.

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ... ১ গ্রেণ।

এসিড এন, এম, ডিল ... ২ মিনিম।

লাইকর আর্সেনিক হাইড্রোক্লোর ১/৪ মিনিম।

টাই কেরি পারক্লোর ... ১/৪ মিনিম।

ইনফিউসন কোয়াসিয়া ... এড ৪ ড্রাম।

একত্র এক মাত্রা। আহ্বারের পর প্রত্যহ ৩ বার দেব্য।

পথ্য :—দুগ্ধ, বারি, ও ফলের রস।

২৩।৫।২৮ তারিখে অন্ন পথ্য দেওয়া হইয়াছিল।

(৩) রোগী :—জনৈক হিন্দু বালিকা, বয়ঃক্রম ১৭-বৎসর। গত ৪ঠা জুলাই (১৯২৮) খেলা ১২টার সময় এই রোগিনীর চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থা :—রোগিনীকে নিম্ন অবস্থাপন্ন দেখিলক্ষি।

(ক) রোগিনী মূগীর ছায় আক্কেপ (Epileptic fit) দ্বারা আক্রান্ত। হস্তদ্বয় মুষ্টিবদ্ধ। হস্ত ও পদদ্বয় অনবরত চতুর্দিকে ছুড়িতেছে, হইজন লোকেও

ধরিয়া স্থির রাখিতে পারিতেছে না। মুখখানি এক পার্শ্বে গুজ্জাইয়া আছে ও মুখ দিয়া ফেনাবৎ লালা নির্গত হইতেছে।

(খ) উত্তাপ ১০১—১০০ ডিগ্রির মধ্যে অল্পমিত হইল। অস্থিরতা হেতু থার্মোমিটার দ্বারা উত্তাপ পরীক্ষা করা সম্ভব হইল না। ৮।১০ মিনিট হইল, রোগিনীর ফিট হইয়াছে, তৎপূর্বে উত্তাপ পরীক্ষায় ১০০ ডিগ্রি দেখা গিয়াছিল।

(গ) নাড়ী দ্রুত, পুষ্ট ও সাঞ্চাপ্য (compressible)।

(ঘ) কোষ্ঠবদ্ধ, ৩ দিন হইতে দান্ত হয় নাই।

(ঙ) জিহ্বা মালা ময়লাবৃত, আর্দ্র।

(চ) প্লীহা বর্দ্ধিত।

(ছ) উদরাগ্নান।

পূর্ব ইতিহাস :—শুনিলাম, ৩ দিন হইল রোগিনীর অর হইয়াছে। প্রথম দিন অর প্রাতে আসিয়া বিকালে ছাড়িয়া গিয়াছিল; কিন্তু কল্য বেলা ৮।৯ টার সময় অর আসে এবং ১২।১ টার সময় এইরূপ ফিট হয়। মাথায় জল দেওয়ার ৫।৭ মিনিট পরে ফিট উপশমিত হইয়াছিল। কিন্তু ১০।১৫ মিনিট পরে পুনরায় ফিট হয়। ইহার পরে ৮।১০ মিনিট অন্তর এপর্যন্ত ক্রমাগত ফিট হইতেছে। দ্বিতীয়বার ফিট হওয়ার পরই * * * ডাক্তারবাবুকে আনা হয়, তিনি মাথায় জলের ধারা প্রয়োগ ও ঔষধ সেবনের ব্যবস্থা করেন। ফিটের সময় ঔষধ সেবন করান যায় নাই। ফিট উপশমিত হইলে ও রোগিনীর সম্পূর্ণ জ্ঞান হয় না; জড়ের মত পড়িয়া থাকে, ডাকিলে হা, হু করে মাত্র, কোন কথা বলে না, গায়ে হাত দিয়া ডাকিলে ফ্যাল ফ্যাল করিয়া তাকায়, কিন্তু এইরূপ করার পরই পুনরায় ফিট হয়। যে বার গায়ে হাত দিয়া রোগিনীকে একটু বেশী রকম ডাকা হয় না, সেবার কিছু দীর্ঘ সময়ান্তরে ফিট উপস্থিত হয়। গড় পড়তা কল্য বেলা ১২।১টা হইতে প্রায় ১০।১৫ মিনিট অন্তর ফিট হইতেছে। অর বিকালে একটু কমিয়াছিল, সেই সময় ফিটের সংখ্যাও কিছু কম হইয়াছিল মনে হয়। এ পর্য্যন্ত রোগিনী কোন কথা বলে নাই।

পূর্ষ চিকিৎসককে ডাকিতে পাঠাইলাম। তিনি আসিলে, তিনি যে সকল ঔষধ দিয়াছেন, তাহা জ্ঞাত হইলাম। ডাক্তারটী বয়োবৃদ্ধ এবং শিক্ষিত। দেখিলাম—অবহাভুযায়ী ঔষধ প্রয়োগ করিতে তিনি ক্রটি করেন নাই। কিন্তু এইরূপ উপযুক্ত চিকিৎসাতেও ফিট দমিত না হইবার কারণ কি? উভয়ে এ সম্বন্ধে অনেককণ আলোচনা করা হইল, কিন্তু কোন স্থির সিদ্ধান্তেই উপনীত হওয়া গেল না।

আমাদের এই আলোচনার মধ্যে রোগিণীর ফিট নিবৃত্তি এবং রোগিণী একটু স্থির হইলে, তাহাকে নানা প্রশ্ন করিয়াও কোন উত্তর পাইলাম না। এই সময় লক্ষ্য করিলাম—রোগিণী বমন করিবার চেষ্টা করিতেছে ও পেট চাপিয়া ধরিতেছে। কিন্তু কেন এইরূপ করিতেছে, পুনঃ পুনঃ জিজ্ঞাসা করিয়াও কিছু উত্তর পাইলাম না। এই সময় বালিকার পিতা, বালিকার মুখে হাত দিয়া ঝাঝিয়া ডাকিতেই পুনরায় ফিট হইল।

ফিটের বিরামকালে “বমনোদ্বেগ” ও “পেট চাপিয়া ধরা” দৃষ্টে কুমিজনিত ফিট বলিয়া আমার সন্দেহ হইল। এসম্বন্ধে অমুসন্ধান করিয়া রোগিণীর পিতার নিকট হইতে জ্ঞাত হইলাম যে, প্রথম যে দিন অর হয়, তাহার আগের রাত্ৰিতে অত্যন্ত পেট বেদনা ও মুখ দিয়া জল উঠার কথা বলিয়াছিল। তারপর দিন অর আসার সঙ্গে সঙ্গে ৩৪ বার বমি করে, একবার বমিতে ১টা কৈঁচো কুমি মুখ দিয়া উঠিয়াছিল। ইহার পরই ফিট হইতে থাকে।

রোগিণীর পিতার প্রমুখ্যাত উক্ত বিষয় জ্ঞাত হইয়া পূর্ষ সন্দেহ দূতর হইল। পূর্ষ চিকিৎসক বলিলেন,—এ বিষয় আমিও জ্ঞাত হইয়াছিলাম, কিন্তু ফিট দমন করণার্থই আমি চেষ্টা করিয়াছি এবং ফিট দমিত হইলে কুমি সম্বন্ধে ব্যবস্থা করিব ইচ্ছা ছিল। এ কথার উত্তর অনাবশ্যক। রোগের উৎপাদক কারণ দূর না করিলে রোগ-লক্ষণ যে দূরীভূত হইতে পারে না, জ্ঞানবৃদ্ধ চিকিৎসক মহাশয়কে তাহা বুঝাইতে যাওয়া বিড়ম্বনা।

যাহা হউক, অতঃপর নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

১। Re.

এমোন ব্রোমাইড ...	৫ গ্রেণ।
সোডি ব্রোমাইড ...	৭ গ্রেণ।
টীং হাথোসায়ামাস ...	২০ মিনিম।
সিরাপ জিজার ...	১/২ ড্রাম।
একোয়া এনিথি ...	এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টাস্তর সেব্য।

২। Re.

ম্যাগ কার্ব ...	১০ গ্রেণ।
ম্যাগ সালফ ...	১/২ ড্রাম।
টীং কার্ড কো: ...	১০ মিনিম।
একোয়া মেম্বপিপ ...	এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। কল্য প্রাতঃকাল হইতে ২ ঘণ্টাস্তর সেব্য।

৩। Re.

ট্যাবলেট ভার্শিউলিন কো: ...	১টা।
সুগার অব মিক ...	১০ গ্রেণ।

এক মাত্রা। ট্যাবলেট চূর্ণ করিয়া তৎসহ সুগার অব মিক মিশাইয়া ৪ ঘণ্টাস্তর এক এক মাত্রা সেব্য। এইরূপে ৩ মাত্রা সেবন করিতে বলিলাম। মাঝে মাঝে জল ও ফলের রস দিতে বলিলাম।

৫। ৭। ২৮ :—অতঃবেলা ১২ টার সময় রোগিণীকে দেখিলাম। শুনিলাম—কল্য আমার আসার পর হইতে রাত্ৰি পর্যন্ত ৮ বার ফিট হইয়াছে। শেষরাত্রে রোগিণী কিছুকণ নিদ্রা গিয়াছিল। ২ বার দান্ত এবং সেই সঙ্গে ৪টা কৈঁচো কুমি বাহির হইয়াছে। অতঃবেলা ৯।১০ টার সময় রোগিণীর একবার বমি হইয়াছিল, ঐসঙ্গে ১টা বড় কৈঁচো কুমি বহির্গত হইয়াছিল। ইহার পর হইতে আর ফিট হয় নাই। বেলা ১১টার সময় একবার পাতলা দান্ত ও সেই সঙ্গে ৬টা কৈঁচো কুমি বহির্গত হইয়াছে।

অতঃপর রোগিণীকে পরীক্ষা করিলাম। দেখিলাম উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি, পেট ফাঁপা নাই। জ্ঞান আছে, স্পন্দন

কথা বলিতেছে। অল্প উপসর্গ বিশেষ কিছু নাই। অল্প নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

৪। Re.

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ... ৫ গ্রেণ।
এসিড সাইট্রিক ... ১০ গ্রেণ।
সিরাপ অরেন্সাই ... ১/২ ড্রাম।
একোয়া ... এড ৪ ড্রাম।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৩ মাত্রা। প্রতি মাত্রা নিম্নলিখিত ঔষধের সঙ্গে মিশাইয়া ফুটিয়া উঠিবারাত্র সেবন করিতে বলিলাম। জ্বর না থাকা অবস্থায় প্রতি মাত্রা ২ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৫। Re.

পটাশ বাইকার্ব ... ১২ গ্রেণ।
জল ... ৪ ড্রাম।

একত্রে এক মাত্রা। এইরূপ ৩ মাত্রা। ৪নং মিশ্রের সঙ্গে প্রতি মাত্রা সেব্য।

এতদ্ভিন্ন পূরোক্ত ৩নং ঔষধটীও অল্প দুইবার সেবন করিতে বলা হইল।

পথ্যার্থ দুগ্ধসহ বার্লি ব্যবস্থা করিলাম।

৬। ৭। ২৮ :—কল্যাণ জ্বর হয় নাই, অল্পও রোগিনী ভাল আছে, কল্যাণ ৪ বার দান্ত এবং সেই সঙ্গে ১১টা কেঁচো কুমি বহির্গত হইয়াছে। অন্য উপসর্গ কিছু নাই।

অল্পও পূরোক্ত কুইনাইন মিশ্র (৪নং) ব্যবস্থা করিলাম।

৭। ৭। ২৮ :—অল্প অল্প পথ্য দেওয়া হইয়াছিল।

মন্তব্য :—কুমি কর্তৃক যে বিরূপ বিভিন্ন লক্ষণ বা উপসর্গ উপস্থিত হইয়া চিকিৎসককে বিভ্রান্ত করিয়া তুলে, উল্লিখিত রোগী কয়েকটির বিবরণে তাহা বুঝিতে পারা যাইবে।

গর্ভাবস্থায় দীর্ঘস্থায়ী দুর্দম্য বমন Persistent vomiting in pregnancy.

লেখক—ডাঃ এস, কে, দস্ত L. M. P.

(Bogra)

—•••—

রোগিনী :—জৈনিক ৬ মাস গর্ভবতী স্ত্রীলোক। এই তাহার প্রথম গর্ভ। মফঃস্বলের অধিবাসিনী; পীড়াক্রমণের ৪ দিন পরে আমি এই রোগিনীর চিকিৎসার্থ আহূত হই। রোগিনীর বাসস্থান অত্যন্ত ম্যালেরিয়া-প্রধান। রোগিনীর দুইটা ভগ্নি ম্যালেরিয়ায় ভুগিতেছিল।

পূর্ব ইতিহাস :—৪ দিন পূর্বে রোগিনীর জ্বর হইয়াছে। প্রথম দিন জ্বরীয় উত্তাপ ১০৫ ডিগ্রি পর্যন্ত হইয়া প্রায় ২ ঘণ্টা পর্যন্ত এই বৃদ্ধিত উত্তাপ বর্তমান ছিল। তারপর ক্রমশঃ উত্তাপ কমিয়া ৯৯ ডিগ্রি হয় এবং এই তাপ প্রায় ৬৭ ঘণ্টা থাকে। তৎপর দিবস জ্বরীয় উত্তাপ ১০৬ ডিগ্রি পর্যন্ত হয় এবং এই সঙ্গে কোষ্ঠবদ্ধ, দুর্দম্য

পিপাসা, জিহ্বা সাদা ময়লাবৃত, নাড়ীর স্পন্দন প্রতি মিনিটে ১৪৮, ও শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা ২৮ হইয়াছিল। এতদ্ভিন্ন রোগিনীর অত্যন্ত বমন উপস্থিত হয়। প্রথম দিন যদিও বমন হইয়াছিল, কিন্তু তাহার প্রবলতা কম ছিল এবং তাহা শীঘ্রই উপশমিত হইয়াছিল। প্রথম দিন জ্বরীয় উত্তাপ ক্রমশঃ হ্রাস হইয়াছিল।

তৃতীয় দিবসেও—এইরূপ সবিরামভাবে জ্বর ও বমন হয়। জৈনিক ডাক্তার রোগিণীকে চিকিৎসা করিতেছিলেন, তিনি গ্যালকলাইন মিকশচার ও এনিমা দেন এবং ইহা প্রকৃত ম্যালেরিয়া জ্বর স্থির করতঃ কুইনাইন সেবনের ব্যবস্থা করেন। কিন্তু কুইনাইন উদরে স্থায়ী না হওয়ায় ৭½ গ্রেণ কুইনাইন ইন্জেকশন করেন।

৮র্থ দিবসের প্রাতঃকালে—উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি হয়, কিন্তু পূর্ববৎ ক্রমাগত বমন হইতে থাকে।

৮র্থ দিন সন্ধ্যাকালে—আমি রোগিণীকে দেখিবার অল্প সূর হইতে ১২ মাইল দূরবর্তী রোগিণীর বাসস্থানে উপস্থিত হই।

বর্তমান অবস্থাঃ—রোগিণীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

- (ক) উত্তাপ ... ৯৯ ডিগ্রি।
 (খ) নাড়ী (Pulse) ... স্পন্দন প্রতি মিনিটে ৯০ বার
 (গ) শ্বাস-প্রশ্বাস ... প্রতি মিনিটে ২০ বার।
 (ঘ) পিপাসা (Thirst) ... অত্যধিক (extreme)।
 (ঙ) গ্ৰীহা ও যকৃত ... বিবর্জিত নহে।
 (চ) বমন (Vomiting) ... অত্যধিক বমন, সামান্য নড়াচড়ায় এবং যে কোন পথ্য গ্রহণেই বমনের আধিক্য হয়।

(ছ) অস্ত্র (Bowels) ... কোষ্ঠবদ্ধ।

তুলিলাম—আমি যাইবার পূর্বে একবার এনিমা ও কুইনাইন ইঞ্জেকসন এবং কুইনাইন বাই হাইড্রোক্লোরাইড ট্যাবলেট কয়েকটি সেবন করান ব্যতীত আর অল্প কোন ঔষধ প্রযুক্ত হয় নাই।

আমি রোগিণীর ইতিবৃত্ত ও বর্তমান অবস্থাদি পর্যালোচনা করতঃ নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করিলামঃ—

(১) কুইনাইন প্রয়োগ বন্ধ করিয়া দিলাম। কারণ, ইহা যথেষ্ট পরিমাণে প্রয়োগ করিয়াও অরের গতির কোন পরিবর্তন হয় নাই।

(২) দুর্দম্য এবং অত্যধিক বমন নিবৃত্তি করাই প্রধানতম কর্তব্য বিবেচনা করিলাম। এতদর্থে নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইলঃ—

(ক) Re.

কর্পোরা লুটিয়া সলিউবল একট্রাক্ট ১ সি, সি,
 (পি, ডি, এণ্ড কোঃ)

ইঞ্জেকসন করা হইল।

খ) Re.

এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউসন ১/২ ড্রাম।

জল ... ১/২ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টাস্তর সেব্য।

(গ) Re.

ক্লোরিটোন ... ৫ গ্রেণ।

এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টাস্তর সেব্য। কয়েক মাত্রা সেবন করিতে দিলাম।

এতদ্ব্যতীত পূর্ণ মাত্রায় নর্যাল স্ট্রালাইন সহ গ্লুকোজ, অয়েল টার্পেন্টাইন এবং মাইকোথাইমলিন রেট্টাল এনিমা দেওয়া হইল। এড্রিনালিন রোগিণীর উদরে স্থায়ী হইতে দেখা গেল।

ইতিমধ্যে আমি রোগিণীর মূত্র পরীক্ষা করিলাম। মূত্র আরক্তিম, মূত্রে এলবুমিন নাই, কিন্তু শর্করা (sugar) পাওয়া গেল। ইতিপূর্বে রোগিণী গ্লুকোজ সেবন করিয়াছে কি না, জিজ্ঞাসা করিলে—জ্ঞাত হইলাম যে, রোগিণী গ্লুকোজ সেবন করে নাই, কিন্তু সরবৎ পান করিয়াছিল। রোগিণী সরবৎ খুব পছন্দ করে।

বাড়ীর লোকের আগ্রহাতিশয্যে সেই রাত্রিতে রোগিণীর বাটীতে আমাকে অবস্থান করিতে হইল।

পরদিন প্রাতঃকালে রোগিণীকে নিম্ন অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

(ক) উত্তাপ ... ৯৯ ডিগ্রি।

(খ) পিপাসা ... সামান্য আছে, উহা প্রবল নহে।

(গ) অস্ত্র ... একবার দান্ত হইয়াছে।

(ঘ) বমন ... রাত্রে আর বমন হয় নাই, তবে বমনের উবেগ আছে।

অল্প প্রাতে নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

(১) পূর্ব দিনের জায় পুনরায় একমাত্রা কর্পোরা লুটিয়া ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল।

(২) প্লাজমোকুইন কোঃ ট্যাবলেট ১টি মাত্রায় দিনে ৪টি ট্যাবলেট সেবনের ব্যবস্থা দিলাম।

(৩) পূর্ব দিনের জ্বর এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) হই যাত্রা সেবন করিতে দেওয়া হইল।

পথ্যার্থ—সোডা বাইকার্স ও ফলের রসসহ এলবুমিন ওয়াটার * ব্যবস্থা করিলাম।

আমি রোগিনীকে সোডা বাইকার্স সলিউশন (১ পাইন্টে ১৫০ গ্রেন) ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন করিব

বলিয়া স্থির করিয়াছিলাম, কিন্তু প্রাতে বখন রোগিনীর সন্তোষজনক হিতপরিবর্তন লক্ষ্য করিলাম, তখন আর ইহা প্রয়োগ অনাবশ্যক বিবেচিত হইল। রোগিনীকে আর দেখিবার প্রয়োজন হয় নাই। উল্লিখিত ব্যবস্থাতেই রোগিনী আরোগ্য লাভ করিয়াছিল।

(Antiseptic. Nov. 1930, P. 787)

* এলবুমিন ওয়াটার—ইহা নিম্নলিখিতরূপে প্রস্তুত করা হয়। যথা—

একটা ডিম্বের খোঁতাংশের সহিত ১ পাইন্ট জল মিশাইয়া বেশ করিয়া নাড়িয়া মিশ্রিত করতঃ, উহাতে একটু চিনি ও লেবুর রস মিশাইতে হয়। কেহ কেহ ইহাতে প্রয়োজন মত লবণ মিশ্রিত করিয়া নেন।

পুরাতন বিষম জ্বর—Malarial Cachexia.

লেখক—ডাঃ শ্রীবিষ্ণুভূষণ তরুণদাস L. C. P. S, M. D. (Honoro)

আয়ুর্বেদ শাস্ত্রে “বিষম জ্বর” বলিয়া এক প্রকার জরের বর্ণনা আছে—বাহ্য অত্যন্ত কৃচ্ছ্রসাধ্য। অবশ্য এলোপ্যাথিক শাস্ত্রে “বিষম জ্বর” বলিয়া কোন জরের বর্ণনা না থাকিলেও, ম্যালেরিয়াল ক্যাক্সেখিয়াকে আমরা “বিষম জ্বর” বলিয়া অভিহিত করিতে পারি। রোগী ক্রমাগত ম্যালেরিয়ার ভূমিয়া এবং ক্রমবর্দ্ধিত যাত্রায় কুইনাইন, আয়রণ, আর্সেনিক প্রভৃতি খাইয়া ক্রমে অস্থি-চর্মসার হইয়া পড়ে। পেটজোড়া মীহা; লিভার; অরুচি; অগ্নিমান্দ্য; অতিসার প্রভৃতি উপসর্গ একে একে উপস্থিত হইয়া রোগীকে তিলে তিলে মৃত্যুর দিকে আগাইয়া দেয়। অথচ ইহা প্রকৃত কালাজ্বরও নহে। সুতরাং এই “বিষম জ্বর” চিকিৎসা করা যে কিরূপ বিষম দায় হইয়া উঠে, নিম্নলিখিত একটা রোগীর চিকিৎসা-বিবরণে পাঠকবর্গ তাহার কিঞ্চিৎ পরিচয় পাইবেন।

ক্লোঙ্গী ঃ—জনৈক মুসলমান বালিকা। গত এপ্রেল (১৯২৯ খৃঃ অব্দের) মাসের ১৮ই তারিখে এই বালিকার চিকিৎসার জন্ত আহুত হই।

পূর্ব ইতিহাস ঃ—বালিকাটির বয়স ৮৯ বৎসর। গত মার্চ মাসের শেষ ভাগে অবিরাম জ্বর ও তৎসহ ব্রঙ্কাইটিস (Bronchitis) হয়। একজন বিচক্ষণ চিকিৎসকের চিকিৎসায় প্রায় ২০।২৫ দিন পরে রোগিনী আরোগ্য হইয়াছিল। কিন্তু ইহার ৮।১০ দিন পরে বালিকা পুনরায় জরে আক্রান্ত হয়। এবারও পূর্ব চিকিৎসক চিকিৎসা করেন এবং রোগিনী আরোগ্যলাভ করে এবার ১৪ দিন ভাল থাকার পর গায়ে আমবাত বাহির হইয়া পুনরায় জ্বর হয়। এবার একজন হোমিওপ্যাথিক ডাক্তার চিকিৎসা করেন। এবারও ১৫।১৬ দিন ভাল থাকার পর পুনরায় আমবাত বাহির হইয়া জ্বর হয় ও এলোপ্যাথিক চিকিৎসায় আরোগ্য হয়। এইরূপ পুনঃ পুনঃ জ্বর হওয়ায় বালিকাটা ক্রমশঃ শীর্ণ হইতে থাকে। ক্রমে মীহা, বক্তের বিবৃদ্ধি, উদরাময় প্রভৃতি উপসর্গ আসিয়া যোগ দেয়। উপস্থিত ৭৮ দিন জ্বর হইয়াছে। এবার জ্বর বিচ্ছেদ হয় না। প্রত্যহ ৩।৪ টার সময় আমবাত বাহির হয়, সর্পিগ জ্বালা করে ও জ্বর বাড়ে।

(আগামী সংখ্যায় সমাপ্য)



নিদ্রাহীনতা—Sleeplessness.

লেখিকা—শ্রীমতী ললিতা দেবী M. D. (Homæo),

H. L. M. P., M. H. C. P.

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক লেডি ডাক্তার

নিদ্রা—দেহস্থলের একটা অত্যাবশ্যকীয় প্রাকৃতিক বিশ্রাম। নিদ্রা ব্যতীত প্রাণী-জীবন বাঁচিতেই পারে না। স্বাভাবিক এই নিয়মের অর্থাৎ নিদ্রার ব্যতিক্রম বা হ্রাস কিম্বা অভাব হইলেই তাহাকে অনিদ্রা বলে। অনিদ্রা উপস্থিত হইলেই বুঝিতে হইবে যে, উহা কণস্থায়ী অথবা পুরাতন কোনও পীড়ার লক্ষণ বা উপসর্গরূপে প্রকাশ পাইয়াছে। বিখ্যাত বাইওকেমিক চিকিৎসক ডাক্তার ওয়াকার লিখিয়াছেন যে, “মস্তিষ্কের বৈধানিক কোষ সমূহের অস্বাভাবিক অবস্থা উপস্থিত হইলেই নিদ্রার ব্যাঘাত উপস্থিত হয়। স্নায়ু-কেন্দ্রের কোষ সমূহ হইতে বৈধানিক লবণ সমূহের হ্রাস বা অভাব হইলে, মস্তিষ্কাভ্যন্তরে রক্তাধিক্য হয়; হুতরাং নিদ্রার ব্যাঘাত জন্মে। সাধারণ ক্ষমিয়ায় নিদ্রিতাবস্থায় মস্তিষ্কাভ্যন্তরে

রক্তাবেগ হ্রাসপ্রাপ্ত হয় অর্থাৎ নিদ্রাকালে মস্তিষ্কের রক্তপ্রণালী সমূহ রক্তশূন্য ও ফ্যাকাশে হয়—কাজেই হুনিদ্রা হয়, কিন্তু বৈধানিক লবণের ক্ষিয়া বৈলক্ষণ্য জন্ম মস্তিষ্ক মধ্যে রক্তাধিক্য হইলেই এই নিদ্রার ব্যাঘাত জন্মে। এলোপ্যাথিক বিবিধ অবসাদক নিদ্রাকারক ঔষধ, মফিয়া, ব্রোমাইড্ ইত্যাদির ফল কণস্থায়ী, পরন্তু এই সকল ঔষধ অত্যন্ত সাংঘাতিক। কিন্তু বাইওকেমিক বিজ্ঞান অনুমোদিত কয়েকটা ঔষধ অনিদ্রা রোগে সবিশেষ উপকারী হইয়া থাকে এবং নিরাপদে ইহাদিগকে ব্যবহার করা যায়।

নিদ্রার ব্যাঘাত জনিত লক্ষণাবলীর চিকিৎসা নিয়ে বর্ণিত হইল—

(১) **কেলি ফস্ :**—ইহা স্নায়ু সমূহের প্রধান বৈধানিক লবণ বলিয়া নিদ্রার ব্যাধাত জনিত সর্বপ্রকার লক্ষণাবলীর অথবা অনিদ্রার ইহাই সর্বোৎকৃষ্ট ঔষধ। অতিরিক্ত চিন্তা, অতিরিক্ত মানসিক পরিশ্রম, দুশ্চিন্তা, দুঃখ, ব্যবসাজনিত দুঃখকষ্ট, উত্তেজনা বা অল্প প্রকার স্নায়বিক কারণ জন্ম নিদ্রার ব্যাধাত জন্মিলে বা অনিদ্রা হইলে কেলি ফস্ উৎকৃষ্ট ঔষধ। হাই তোলা, হাত পা আড়িমুড়ি করা, তন্ত্রালুতা, ছটফট করা, শিশুরা ঘুমন্ত অবস্থায় ক্রন্দন করিয়া উঠিলে বা চীৎকার করিয়া উঠিলে, পুনঃপুনঃ স্বপ্ন দেখিলে ইত্যাদি লক্ষণে কেলি ফস্ অতি ফলপ্রসূ ঔষধ।

(২) **ফেরাম্ ফস্ :**—রক্তপ্রণালী সমূহের প্রাচীরের পৈশিক-মুত্রগুলির দৌরল্যজনিত মস্তিষ্কভাঙ্গুরে রক্ত সঞ্চয় হইয়া অনিদ্রা উপস্থিত হইলে ফেরাম্ ফস্ খুব ভাল ঔষধ। চিন্তা অথবা উত্তেজনা জনিত অনিদ্রায় ইহা কেলি ফস্ সহ পর্যায় ক্রমে বা একত্রে মিশ্রিত করিয়া দিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

(৩) **নেট্রাম্ মিউর :**—অতিরিক্ত নিদ্রা অথবা নিদ্রার আকাজ্ঞা; সাধারণ নিদ্রা দ্বারা দেহের মানি না কাটিয়া গেলে; প্রাতঃকালে শয্যা ত্যাগের পর প্রান্ত এবং আলস্য বোধ হইলে; নিদ্রিতাবস্থায় মূখ হইতে লালান্দ্রাব হইলে; সামান্য জরেই তন্ত্রালুতা অথবা বিড় বিড় করিয়া বকিলে; মস্তিষ্কের অত্যধিক আর্দ্রতা জন্ম অতিরিক্ত অনিদ্রা হইলে, ইহা ফলপ্রসূ।

(৪) **নেট্রাম্ সালফ :**—তন্ত্রালুতা বা নিদ্রালুতা,—বিশেষতঃ, যখন জিহ্বার উপর ধূসরভ বা

বাদামী বর্ণের মলাবরণ বর্তমান থাকে; মুখে তিক্ত স্বাদ এবং অত্যন্ত পৈশিক লক্ষণ বর্তমানে, এই ঔষধটি বেশ উপকারী।

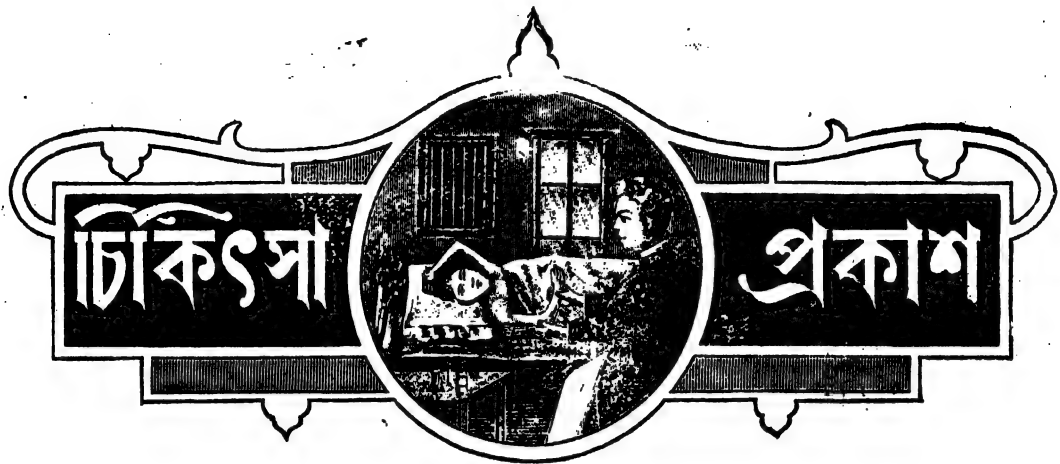
(৫) **ম্যাগ্ ফস্ :**—অনিদ্রায় যখন মস্তিষ্ক অভাঙ্গুরে সঙ্কোচন ভাব বোধ হয় এবং স্নায়বিক উত্তেজনা জনিত অনিদ্রা উপস্থিত হয়; তখন কয়েক মাত্রা ম্যাগ্ ফস্ দ্বারা সমূহ ফল পাওয়া যায়।

শক্তি :—উল্লিখিত ঔষধগুলি সাধারণতঃ ৬x শক্তিতেই সুন্দর ফল পাওয়া যায়। আবশ্যক হইলে ৩x, ১২x, ২৪x, ৩০x, এমন কি ২০০x শক্তিও দেওয়া যায়।

মাত্রা :—উল্লিখিত যে কোন ঔষধ ২-৫ গ্রেণ বিচূর্ণ দিবসে ৩৪ বার সেব্য। শয়নের পূর্বে ২১ মাত্রা নিশ্চয়ই দেওয়া কর্তব্য।

সাম্মেলন :—নির্ধারিত ঔষধ ২৩টি বা ততোধিক একত্রে মিশ্রিত করিয়া প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

আনুষঙ্গিক ব্যবস্থা :—অনিদ্রাগ্রস্ত রোগীর পক্ষে—মনকে নিশ্চিন্ত করিয়া, হাত পা ধুইয়া, ধীর শাস্ত-ভাবে শয়ন করা কর্তব্য। শয্যা ও গৃহ পরিষ্কার ও প্রচুর আলো হাওয়াযুক্ত এবং শব্দহীন হওয়া উচিত। অধিক রাতে আহার নিষিদ্ধ। শয়নের পূর্বে মাথা ধুইয়া ফেলিলে ভাল হয়। শয়নের অব্যবহিত পূর্বে এক গ্লাস শীতল জল পান করিয়া শয়ন করিলে উপকার হয়। নির্ধারিত ঔষধগুলি নিয়মিতভাবে দীর্ঘকাল সেবন ব্যবস্থা করিলে, দুর্দমা অনিদ্রা রোগ আরোগ্য হইয়া যায়।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল-পৌষ

৯ম সংখ্যা

বিবিধ রোগের প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ ঔষধ

লেখক—ডাঃ জীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ—হুগলী

(পূর্ব প্রকাশিত ৮ম সংখ্যার (অগ্রহায়ণ) ৪২৭ পৃষ্ঠার পর হইতে)

(৯৫) রক্ত প্রস্রাবে—ইপিকাক

রোগ বিশেষে নাক মুখাদি নবদ্বার হইতেই রক্তস্রাব হইতে পারে। মস্তিষ্কাদি আভ্যন্তরিক যন্ত্রেও রক্তস্রাব হইয়া থাকে। বিভিন্ন স্থানের রক্তস্রাব ভিন্ন ভিন্ন নামে অভিহিত হয়। যেক্ষেপে ও যে স্থান দিয়াই রক্তস্রাব হউক, রক্তস্রাব কঠিন পীড়া। যেহেতু রক্তই জীবের জীবন, প্রত্যেক রক্ত কণিকার সহিত জীবন-পরমাণুর ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ রহিয়াছে।

রক্ত প্রস্রাবেকে হিমাচুরিয়া (Hæmaturia) বলে।

মূত্রযন্ত্র (কিড্‌নি), মূত্রাধার (ব্লাডার) প্রভৃতি যন্ত্রের প্রদাহ, পাথরী, ক্ষত, আঘাত লাগা ইত্যাদি কারণে রক্তপ্রস্রাব হয়। আবার কোন কোন কঠিন জরের উপসর্গরূপে ও অতিরিক্ত ঠাণ্ডা লাগা কারণে এবং উগ্র ঔষধ সেবনেও রক্তপ্রস্রাব হইয়া থাকে।

বিগত ১৪ই আশ্বিন রামনাথপুরের শ্রামাচরণ বটব্যাল তাহার ৯ বৎসর বয়স্কা ভাগিনেয়ীর জরসহ রক্তপ্রস্রাব হইতেছে বলিয়া আমাকে ডাকে। বেলা ৪টার সময়

গিয়া দেখি—তখন জ্বর ১০১ ডিগ্রী; ইতিপূর্বে দুই প্রহরের সময় ১০৪ ডিগ্রী জ্বর ছিল; ৫৬ দিন জ্বর হইয়াছে; অল্প তিনবার রক্তপ্রস্রাব হইয়াছে। একটি সরার একবারের প্রস্রাব ধরা আছে। ভালরূপ বুদ্ধিবার জ্ঞান খানিকটা নেকড়া আনিতে বলিলাম। বালিকার মাতামহী সেই নেকড়ার কতকাংশ সরার প্রস্রাবে ডুবাইয়া তুলিলেন, তখন সেই ভিঁজা নেকড়া হইতে যে প্রস্রাব পড়িতে লাগিল, তাহা ঠিক রক্তই দেখা গেল এবং সেই নেকড়ার যতটা ভিঁজিয়াছিল, তাহা রক্তাক্ত হওয়ায় আর কিছুমাত্র সন্দেহ রহিল না। গা বমি বমি আছে, একবার বমিও হইয়াছে। পূর্বে জ্বর ছাড়িয়া ছাড়িয়া আসিত এবং গত তিন দিন প্রত্যহ দুইটা করিয়া কুইনাইন ট্যাবলেট খাওয়ান হইয়াছিল, অল্প প্রাতে জ্বর ছাড়ে নাই এবং অল্প জ্বর বেশী হওয়ার পর হইতে রক্তপ্রস্রাব হইতেছে।

বমনাদি পাকস্থলীর উপসর্গে, ম্যালেরিয়া জরে, যে কোন স্থান হইতে উজ্জ্বল লালবর্ণ রক্ত্রস্রাবে, কুইনাইনের অপব্যবহারে বা কুইনাইন-আটকান জরে ইপিকাকুয়ানার যথেষ্ট সুখ্যাতি আছে। আরও আমি জানি—অগ্নাশু

জীবের—বিশেষতঃ, গাভীর রক্ত্রস্রাব পীড়ায়, এমন কি নব প্রসূতা গাভীর বাট হইতে দুগ্ধ স্রবণ না হইয়া রক্ত্র নিঃসৃত হইতে থাকিলে, “ইপিকাক ২০০” প্রয়োগে অতি সত্ত্বর তাহা আরোগ্য হয়। এই সকল কারণে ইপিকাকই এই বালিকার সর্বোৎকৃষ্ট ঔষধ বিবেচনায় উহাই দেওয়া স্থির করিলাম। কিন্তু কুইনাইন খাওয়ান হইয়াছে বলিয়া একমাত্র “সালফাসাল ২০,” প্রথমে খাইতে দিয়া, অল্প রাতে একবার ও কল্যা প্রাতে একবার খাইবার জন্ত দুই মাত্রা “ইপিকাক ২০০” দিয়া আসিলাম।

পরদিন বৈকালে শ্রাম আসিয়া বলিল—“সন্ধ্যার পূর্বে একবার রক্ত্রপ্রস্রাব হইয়াছিল, তাহার পর রাত্রি হইতে আর রক্ত্রপ্রস্রাব হয় নাই ও অল্প প্রাতে জ্বর ছাড়িয়া গিয়াছে এবং এখনও জ্বর নাই।” অল্প অনোষধি পুরিয়া দুইটি ও কল্যা প্রাতে খাইবার জন্ত “ইপিকাক ২০০” আর একমাত্রা দিই। পরদিনেও আর জ্বর বা রক্ত্রপ্রস্রাব হয় নাই। তৎপর দিন অল্প পথ্য দেওয়া হয়।

(৯৬) প্লীহার অসহ যন্ত্রণায়—ক্যামোমিলা

সকল রোগেই যন্ত্রণা আছে, কিন্তু কোন কোন রোগে ও কোন কোন রোগীতে কোন একটা যন্ত্রণার আধিক্য দেখিতে পাওয়া যায়। আবার রোগীর প্রকৃতিভেদে সেই একই যন্ত্রণা কোন রোগীতে সামান্যরূপে ও কোন রোগীতে বেশী প্রকাশ পায়। অর্থাৎ এমন কতকগুলি রোগী আছে—যাহারা যন্ত্রণা বেশী হইলেও সহ করিতে পারে; আর কতকগুলি লোক এমন আছে যে, তাহারা সামান্য যন্ত্রণাও আদৌ সহ করিতে পারে না—যন্ত্রণায় অস্থির হইয়া পড়ে। ১৩৩৬ সালের ফাল্গুন মাসের

“চিকিৎসা-প্রকাশের” ৫৭১—৫৭২ পৃষ্ঠায় “অসহ যন্ত্রণায়—ক্যামোমিলা” শীর্ষক ৮৮ নং প্রবন্ধে এ সম্বন্ধে কিছু বলিয়াছি; আজ একটি রোগী-তত্ত্ব শুনাইব।

বিগত ১৮ই আশ্বিন রামনাথপুরের আশুতোষ ঘোষের চিকিৎসার্থ আহৃত হই। রোগী শিক্ষিত যুবক বয়স ২০।২১ বৎসর, সাধারণ স্বাস্থ্য মন্দ নহে। গ্রামে বারোয়ারীতে দুর্গোৎসব হয়, সেই পূজার আয়োজনাদি কার্যে লিপ্ত থাকায় কয়দিন অত্যন্ত পরিশ্রম ও প্রত্যহ একাধিকবার স্নান করিতে বাধ্য হয়। সম্ভবতঃ, এই

কারণেই ১৩ই আশ্বিন অষ্টমী পূজার দিন অল্প জরভাব হয়, তৎপরদিন আর একটু বেশী রকম হয় এবং দশমীর দিন যুবকটী শয্যাগত হইয়া পড়ে। সঙ্গে সঙ্গে তাহার সমবয়স্ক ও সহচর একজন নূতন হোমিওপ্যাথের ঔষধ খাইতে থাকে; তাহাতে উপকার না হওয়ায় আমাকে ডাকে। সকালে তাহার ১০২ ডিগ্রী জ্বর থাকে। দুই প্রহরের পর ১০৫ ডিগ্রী পর্যন্ত হয়। প্রধান উপসর্গ—রোগীর সর্কাজে বেদনা এবং প্রীহায় ভয়ঙ্কর ব্যথা; ঐ বেদনা সর্বদাই থাকে। জ্বর বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে—বিশেষতঃ, রাত্রিতে প্রীহার বেদনা এত বৃদ্ধি হয় যে, রোগী অত্যন্ত চীৎকার করিতে থাকে; সে চীৎকারে রোগীর পিতামাতা—এমন কি, পাড়ার লোক পর্যন্ত ব্যস্ত ও চিন্তিত হয়।

প্রথম দিন ৪ পুরিয়া “ব্রসটিকা ৩০” এবং দ্বিতীয় দিনেও তাহাই দিই। ২১৩ দিন বাহ্যে হয় নাই বলিয়া, দ্বিতীয় দিন রাত্রে আমি একমাত্রা নক্সভমিকা ২০০ দেওয়ায়, পরদিন প্রাতে একবার বাহ্যে হয়, জ্বরও একটু কমে; কিন্তু প্রীহার বেদনার কিছুই উপকার হয় না।

তৃতীয় দিনে, “চায়না ২০০” একমাত্রা দিই। এই সময় একটি উল্লেখযোগ্য ঘটনা ঘটে—ঐ গ্রামের একজন এলোপ্যাথিক ডাক্তারের পাচিকা রোগীর এই প্রকার অবস্থা শুনিয়া বলে যে—“এই রোগীর অল্প হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসায় কিছুতেই সারিবে না; প্রীহাতে দাগ না দিলে ঐ বেদনা কখনই ভাল হইবে না। আমি নিশ্চয় করিয়া বলিতে পারি—এই রোগীর চিকিৎসার জগৎ অবশেষে আমাদের ডাক্তারকে ডাকিতেই হইবে, যদি একথা মিথ্যা হয়, তাহা হইলে আমি ত্রাসের কণ্ঠা নয়। আমি এই ভাত হাতে করিয়া বলিতেছি।”

আজ রোগীকে দেখিতে গিয়া, পাচিকা ঠাকুরাণীর এই মন্তব্য শুনিলাম এবং ইহা যে একটা আগন্তুক বাহ্যিক উপসর্গ তাহাও মনে হইল। ব্যাপারটা হাসিয়া উড়াইয়া দিবারও নহে। কারণ, এই প্রকার মন্তব্য ও

অভিপ্রায় চিকিৎসা কার্যের যে একটা ভীষণ অন্তরায় চিকিৎসক মাঝেই তাহা বেশ বৃদ্ধিতে পারিবেন। সাপে কামড়ান রোগীতে যে “বিষ ভারিমা দেওয়া” বা “রোগীকে মন্দ করা”র কথা শুনা যায়, তাহা এই প্রকারের অনিষ্টকর ইচ্ছা শক্তি (Hurtful will force)। বাস্তবিক আজ ৪ দিন পর্যন্ত দেখিতেছি, রোগীর কোন উপকার হইতেছে না, তাহার উপর এই এক ভীষণ সমস্তা। যাহা হউক, আজ ৪ পুরিয়া “এপিস” দিয়া আসিলাম।

২১শে প্রাতে খবর আসিল—“রোগীর অবস্থা সমভাবাপন্ন, প্রীহার যন্ত্রণাদি কিছুমাত্র কমে নাই।” রোগীর প্রীহা বিবক্ষিত নহে; অথচ অসন্ত যন্ত্রণায় রোগী চীৎকার করে, ইহা লক্ষ্য করিয়া ক্যামোমিলাকে আমার মনে পড়িল। বৈকালে দেখিতে যাইব বলিয়া, দুই মাত্রা “ক্যামোমিলা ১২” সেই লোক মারফতে পাঠাইয়া দিলাম। বৈকালে ৪ টার সময় যাইয়া দেখি, রোগী অপেক্ষাকৃত স্থির আছে, উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রী। ক্যামোমিলা যে অত্যন্ত উপকার দর্শাইয়াছে, তাহা দেখিয়া আনন্দিত হইলাম। রোগী বলিল—“আজ যে দুই পুরিয়া ঔষধ পাঠাইয়াছিলেন, তাহা খাইয়া আমার বেদনা অনেক কম পড়িয়াছে, জ্বরও বোধ হয় ছাড়িয়া গিয়াছে।” অতঃপর দুইটি পুরিয়া ক্যামোমিলা দিয়া আসিলাম।

পরদিনে খবর পাইলাম—“রোগী ভাল আছে, আর জ্বর হয় নাই, আজ রাত্রে ঘুমাইয়াছে।” আজও ক্যামোমিলা দিলাম। তৎপরে রোগীর আর কোন অসুখ না থাকায় আমি অনৌষধি চালাইতে লাগিলাম। অতঃপর রোগী স্বস্থ দেহে স্বয়ং আমার ডিস্পেন্সারিতে আসিয়া ঔষধ লইয়া যাইতে লাগিল। ২৩শে আশ্বিন ১৪ দিনের দিন রোগী অল্পপথ্য করিল।

মহাত্মা হানিশানের রূপায় রোগী আরাম হইয়া গেল।

(ক্রমশঃ)

ভেষজের আত্মকাহিনী

লেখক—ডাঃ জীইঅগোপাল চট্টোপাধ্যায় F. H. A. M. D (Homœo)

মেমারি, বর্ধমান

আমি কে? আমি কে, তাহাই বলিব—আমার পরিচয় দিলেই আমাকে বেশ চিনিতে পারিবেন।

রূপের জন্মস্থানই প্রকৃতির উন্মুক্ততার মধ্যে। মধ্যে প্রকৃতির সব শোভা—সব হাসিরাশি অকৃত্রিমতার অম্বরে আপনা হইতেই ফুটিয়া উঠে। তাই সেবকের সজ্জিত পুষ্পোচ্ছান অপেক্ষা, প্রকৃতির অম্বরে বদ্ধিত, ইত্যন্ত: বিক্ষিপ্ত বৃক্ষময় উচ্ছান হৃন্দর। তাই কৃত্রিম প্রস্রবণ অপেক্ষা পর্বত গর্ভোখিত প্রস্রবণ হৃন্দর। তাই সজ্জিত পর্বত অপেক্ষা, অসজ্জিত ক্ষুদ্র পর্বত স্তম্ভও হৃন্দর। তাই নিরাভরণায়মী, সরলতাময়ী, শুভ্র হাস্যময়ী, প্রসাধনবিহীন, মলিনবসনা কূটর বাসিনীদের মুখে, চোখে—অকপ্রত্যঙ্গে, প্রকৃতির শোভা বিগলিত—প্রকৃতির হাসিরাশি বিকশিত। আমিও প্রকৃতির প্রিয়নন্দিনী। আমিও অতি গরীবের মেয়ে, অর্থাৎ আমার জন্ম গোবর গাদায়। জঘন্ম স্থানে আমার জন্ম বলিয়া, আমায় উপেক্ষা করিবেন না। পক্ষে পদ্যফুল জন্মে, কিন্তু তাই বলিয়া তাহা অনাদৃত হয় না, তাহা দেবতার পূজায় নিয়োজিত হয়।

আমি কুফিউলা (গণ্ডমালা) রোগগ্রস্তা, যথেষ্টাচারী, কলহপ্রিয়া, কুল-ললনা। লোকের সহিত মিশিতে আমার ইচ্ছা করে না। একেলা থাকিতেও আমার বড় ভয় করে।

আমি প্রাচীন। আজ যদিও আমি বৃদ্ধা হইয়াছি, তবুও আমার মাংসপেশী বেশ দৃঢ় আছে। মোটা আমি কোনকালেই ছিলাম না; তবে চেহারাটাও আমার মন্দ ছিল না। আজকাল কোন কাজ কর্ষ করিতে আর ইচ্ছা করে না; সেটা বোধ হয় বয়সের দোষ। আমার মাথার

রোগটা ছেলেবেলা থেকেই আছে; প্রত্যেক বস্তুই খেন ঘুরিতেছে বলিয়া মনে হয়। মাথার যন্ত্রণার সঙ্গে সঙ্গে গা বর্মি করে। মাথার চুলগুলি উঠিয়া ঘাইতেছে। মধ্যে মধ্যে কাণের যন্ত্রণা হয়, কাণ দিয়া পচা স্লেষ্মার ত্রায় ক্রন্দ নির্গত হয়। সামান্য শব্দও সহ্য করিতে পারি না। আবার নাক দিয়া সময়ে সময়ে পূজ মিশ্রিত রক্তাক্ত স্রাব নির্গত হয়; এক এক সময় বহু ইঁচি হয়। প্রস্রাব পাইলে আর থাকিতে পারি না। প্রত্যহ রাত্রি দুইটার সময় প্রস্রাব করিতেই হইবে। শীতকালে বড়ই কষ্ট হয়; আগে থেকেই কাপড় জামা গায়ে দিয়া ঠিক হইয়া থাকিতে হয়; একটু দেৱী করিলেই কাপড়ে চোপড়ে প্রস্রাব হইয়া যায়। প্রস্রাবের সময় অল্প অল্প জালা করে; শ্বেতবর্ণ বিশিষ্ট অধিক পরিমাণে মূত্রতাগ হয়। এক এক সময় মনে হয়—শেষে বহুমূত্র রোগ হইবে নাকি? রাত্রিতে শুষ্ক কাশি দেখা দেয়, তৎসহ হাঁপানীর ত্রায় টানও হইতে থাকে। কাশিতে কাশিতে এক এক সময় গয়ের ঠিকরে বেরিয়ে যায়। কিছুদিন পূর্বে সিঁড়িতে উঠিতে, পড়িয়া গিয়া গুরুতর আঘাত পাই; তারপরই ডান দিকের স্তনে স্কিবস্ ক্যান্সার হয়, সমস্ত স্তনটিতে অত্যন্ত বেদনা হইয়াছিল, এক এক সময় হল ফুটানর ত্রায় এমন যন্ত্রণা হইত যে, তাহাতে অস্থির হইয়া পড়িতাম; এমন বেদনা হইয়াছিল যে, নিজে পর্যাস্ত স্পর্শ করিতে পারিতাম না। অনেক চিকিৎসার পর আরোগ্য হইয়াছি।

মধ্যে মধ্যে দুখের ত্রায় শ্বেতপ্রদর দেখা দেয়; স্রাব নির্গত হইবার পূর্বে শীত শীত বোধ হয় ও বুকের মধ্যে ধড় ফড় করে, কখন কখন অজ্ঞানও হইয়া যায়। ঋতুর পূর্বে তলপেটে হল ফুটান যন্ত্রণা হইতে থাকে,

ঋতুস্রাবের কোন নিয়ম নাই; প্রায়ই নিয়মিত সময়ের পূর্বে হয়। ভালরূপ নিদ্রা হয় না। নিদ্রা আসিলেই ভয়াবহ স্বপ্ন দেখিয়া চমকিয়া উঠি, আর ঘুম ভাঙ্গিয়া যায়। নিশ্বাস লইতে সমস্ত বুকে টেনে ধরার জায় বেদনা অসহ্য হয়। নিদ্রাভঙ্গের পরই কষ্ট বেশী হয়। অনেক সময় মনে করি বুকে কাপড় বাঁধা রহিয়াছে, মনের ভুলে হাত দিয়ে দেখি সত্য কি না। বাহ্যে প্রায়ই হয় না, আর বাহ্যে পাইলেও ঘাইতে ভয় করে, কারণ মলত্যাগের পরই সমস্ত শরীর কাপিতে থাকে; আর ঘন ঘন হৃদস্পন্দন হয়, মনে হয় মৃত্যু নিশ্চিত। **সুনাইসেনেই শ্যাম হয়।** শয়নাবস্থায় পার্শ্ব পরিবর্তন করিতে পারি না; মাথা নাড়িলেই যন্ত্রণা হইতে থাকে; কাজেই চূপ করিয়া পড়িয়া থাকি; চোখে আলো লাগিলেই চোপ দিয়া গরম জল পড়িতে থাকে, এইটাই আমার প্রধান লক্ষণ। বেশীর ভাগ রোগ আমার দক্ষিণ দিকে হয়।

আমার স্মরণশক্তি নাই, কাজেই আপনাদের স্মরণ শক্তির উপর বিশ্বাস না থাকায়, আমি যে সকল রোগে ভুগিয়াছি ও ভুগ্ছি তাহার বিবরণ দিব :—

মনঃ—দুঃখিত; নিস্তেজিত; সহজেই ক্রন্দন করা; কোন বিষয় ভাবিলেও কারা পায়; ভীত; চিন্তিত, মৃত্যু ও চোরের ভয়ে ভীত। স্মরণশক্তির লাঘব। পঠিত বিষয় স্মরণ রাখিতে অপারগ; ইঞ্জিয়ার নিস্তেজতা।

মস্তকঃ—প্রত্যেক বস্তুই যেন ঘুরিতেছে, এইরূপ অসহ্য; প্রাতে শয্যা পরিত্যাগের পর সমস্ত ঘূর্ণন। কেশ পতন।

চক্ষুঃ—প্রদাহ বিশিষ্ট, অক্ষিপত্রের স্পন্দন, রাত্রিতে চক্ষু জড়িয়া যায়। আলোক অসহ্য; প্রত্যেক বস্তুই দ্বিগুণ বা ত্রিগুণ বড় মনে হয়। চক্ষের সম্মুখে রক্তিত রেখার চাক্চিক্য দর্শন। বৃদ্ধ বয়সে ছানি; সামান্য আলোকেও চক্ষু হইতে গরম জল নির্গত, অন্ধকারে ভাল থাকে।

কর্ণঃ—বেদনা, স্পন্দনশীল, হলবিন্দুবৎ ও কটুকটে বেদনা। কর্ণ মধ্যে ভন্ ভন্ শব্দ। সামান্য গোলযোগেও চমকিয়া উঠা।

নাসিকাঃ—নাসিকা হইতে রক্তাক্ত পুঞ্জ নির্গত; ঘ্রাণশক্তির তীক্ষ্ণতা, সর্বদা ঠাচি।

মুখমণ্ডলঃ—উত্তাপ সংযুক্ত মুখ শূল, মুখমণ্ডলের দক্ষিণ পার্শ্বে ছিন্নবৎ বেদনা, ২৫ মিনিট অন্তর পুনঃ পুনঃ উপস্থিত হয়।

দন্তঃ—শীতল দ্রব্য আহ্বারের সময় পোকাগেহো দাঁতে চিড়িক মারা বেদনা। মাড়ি ক্ষীত ও নীলাভ। মাড়ি হইতে সহজে রক্তপাত।

আম্বাদঃ—আহারের পর তিক্ত আম্বাদ।

পিপাসাঃ—প্রতিদিন অপরাহ্নে পিপাসা, লবণ সংযুক্ত দ্রব্য ও কাফি খাইতে ইচ্ছা।

পাকস্থলীঃ—অজীর্ণ উদার, বুক জালা, মুখ দিয়া অগ্নি জল নির্গত। গর্ভাবস্থায় বিবমিষা ও বমন।

মলঃ—কোষ্ঠবদ্ধ, পুনঃ পুনঃ মলত্যাগের ইচ্ছা; কখন কখন দুর্বলকারক ও জলবৎ উদরাময়। মলত্যাগের পর হৃদস্পন্দন।

মূত্রঃ—সর্বদাই মূত্রত্যাগ। মূত্রত্যাগ সম্বরণে অপারগ। প্রত্যহ রাত্রি ২টার সময় মূত্রত্যাগ। অধিক পরিমাণে পরিষ্কার মূত্রত্যাগ। মূত্রমার্গে জালা; বহুমূত্রের লক্ষণ।

শ্বাসনালীঃ—শ্বাসনালী সংযুক্ত ঘড় ঘড়ে কাশি। পুঞ্জ ও রক্তসংযুক্ত গয়ের। প্রাতে নিদ্রা ভঙ্গের পর বৃদ্ধি।

স্ত্রী-জননেন্দ্রিয়ঃ—রজোঃরোধ ও সামান্য সামান্য নির্গম; নিয়মিত সময়ের পূর্বে রজোঃনিঃসৃত হয়। রজোঃনিঃসৃত হইবার পূর্বে—উষেগ। দুঃখ, শুনে বেদনা, অঙ্গভারবোধ, জরায়ুর আক্ষেপ। শ্বেতপ্রদর ক্ষতকারক। দহনবিশিষ্ট, পৃষ্ঠে বেদনা; রক্ত ভাঙ্গা (Lochia), হলবিন্দু বেদনা সংযুক্ত ঘন দুগ্ধবৎ শ্বেতপ্রদর। আর কত কথা বলিব,—স্ত্রী ব্যাধি যত প্রকারের থাকিতে পারে, তাহার কোনটাই আমাকে দয়াপরবশ হইয়া ত্যাগ করে নাই। জরায়ুতে ক্যান্সার, ডিম্বকোষে প্রদাহ ও কঠিনতা; জরায়ুজ মুচ্ছা, জননেন্দ্রিয়ার চারিদিকে চুলকানি ইত্যাদি।

নির্ণেয় লক্ষণ ৩—বিশ্রাম অবস্থায় প্রায়ই বেদনা আসে; সকালনে বৃদ্ধি হয় না। নিশ্চিন্তে সকল লক্ষণ বৃদ্ধি হয়। আলোক সহ্য হয় না; সামান্য আলো লাগিলেই চোখ দিয়া জল পড়ে। ছেলেবেলায় আমি দিবারাত্রি লেখাপড়া করিতাম; আজ যদিও সে অভ্যাসটা ছাড়িতে পারি নাই, কিন্তু চোখ দিয়া জল পড়ার জন্য বিশেষ অসুবিধা হওয়ায় লেখা পড়া ছাড়িতে বাধ্য হইয়াছি। চোখে ছানি পড়িয়াছে, ভাল দেখিতে পাই না। ডাক্তার বাবুরা বলেন—“অতিরিক্ত মানসিক পরিশ্রম হেতু ঐরূপ হইয়াছে”। আমার সকল রোগই রাত্রিতে শয়নে, পার্শ্ব পরিবর্তনে ও ঋতুস্রাবের পূর্বে বৃদ্ধি হয়।

সৌন্দর্য্য আমার পন্নম হিতৈষী—
আঁধার, আসে, বেলা, কাল-কে, সিকিউটা, ডুসিরা,

লাইকো, নক্স, ফন্স, পলসে, রস, জেলসি ও সালফার আমার বন্ধুদের মধ্যে গণ্য।

কফি, নাইট্রিকএ, ডল কে ও মার্কুরিয়স আমার অপব্যবহার সংশোধন করে। আমি আবার এটিম-টা ও ওপিয়মের অপব্যবহার সংশোধক।

ক্যালকে, আর্শে, ডুসিরা, রডো ও রস-টলকে আমি খুব ভালবাসি, তাহাদের অসম্পূর্ণ কার্যগুলি সম্পন্ন করিয়া দিই।

আমার মোটা-মুটি পরিচয় আপনাদের দিলাম। একটু বিবেচনা করিয়া দেখুন দেখি আমি কে? যদি আমাকে চিনিতে না পারেন, তবে আমি নিজেই আমার নাম জানাইতেছি। আমি—“কোনান্নাম”।

প্রসবকার্য্যে হোমিওপ্যাথিক ঔষধের আশ্চর্য্য ফল

Wonderful result of Homœopathic medicine in case of Delivery.

লেখক—ডাঃ এন, কে, দাস M. D. (S. V. U.) D. Sc. M. H. S. L. (London)

Late Professor Dacca Medical college and
House Surgeon Malaviya Hospital.

গত ২১১১৩০ তারিখে আমার আউট ডোর হাসপাতালে জনৈক ভক্তলোক আসিয়া জানাইলেন যে, “আজ প্রায় তিন দিবস যাবৎ তাহার স্ত্রী প্রসব বেদনায় কষ্ট পাইতেছেন; কিছুতেই সম্ভান প্রসব হইতেছে না। আমাকে রোগী দেখিতে যাইতে হইবে”। আমি রোগীর বাড়ী উপস্থিত হইয়া নিম্নলিখিত অবস্থায় রোগীকে দেখিতে পাইলাম।

বর্তমান অবস্থা ৩—রোগিনী এই প্রথম পোয়াতী, দেখিতে বেশ হুটপুট, আজ প্রায় তিন দিন যাবৎ প্রসব বেদনায় কষ্ট পাইতেছেন; বেদনা যত প্রকৃতির।

জানিতে পারিলাম যে, ইতিপূর্বে একটা খাত্তী আসিয়া তাহাকে ডুশের সাহায্যে বাহ্যে করাইয়াছিল, তাহাতে বেদনা কিছু বৃদ্ধি হইয়াছে; বেদনা কোমর

হইতে আরম্ভ হইয়া সমুখের দিকে তলপেট হইয়া উকদৈশে যাইয়া জুড়াইয়া যায়, বেদনা হঠাৎ আসে—হঠাৎ চলিয়া যায়।

উল্লিখিত অবস্থা জ্ঞাত হইয়া, কেবল বাহ্যিক লক্ষণের প্রতি নির্ভর করিয়া ঔষধ দেওয়া যায় না বলিয়া, একজন শিক্ষিতা ধাত্রী আহ্বান করান হইল। আমার আদেশ মতে ধাত্রী রোগিণীর ভেজাইজাল (Vaginal) অন্বেষণ করিয়া নিম্নলিখিত অবস্থা জ্ঞাত করাইলেন। যথা—

জরায়ুর মুখ শুষ্ক, উষ্ণ ও স্পর্শসহিষ্ণু। বেদনা হঠাৎ আসে—হঠাৎ চলিয়া যায়। বেদনার সময় কেহ তাহাকে স্পর্শ করিতে গেলে, রোগিণী তাহা ইচ্ছা করে না, এজ্ঞায় ঘরে লোক আসিতে দেয় না; জরায়ু গ্রীবায়া আক্ষেপ-জনক সঙ্কোচন থাকা সত্ত্বেও জরায়ুর মুখ নরম, কিন্তু মাত্র এক অঙ্গুলী পরিমাণ প্রসারিত হইয়াছে। জরায়ু সঙ্কুচিত হইলেও উহার সঙ্কোচন স্বল্পতর ও অনিয়মিত।

ধাত্রীর মুখে রোগিণীর উল্লিখিত লক্ষণ ও অবস্থা জ্ঞাত হইয়া, ১৩৩৬সালের ১০ম সংখ্যা চিকিৎসা-প্রকাশে মাননীয় ডাক্তার আক্সুল ওয়াহ্ল M. B. (Homœo) মহাশয়ের প্রবন্ধে প্রসব-কর্ষ্যে হোমিওপ্যাথিক ঔষধের উপকারিতার বিষয় স্মরণ হওয়ায় হোমিওপ্যাথিক ঔষধ দিতে কৌতুহল জন্মিল, রোগিণীর আত্মীয় স্বজনও হোমিওপ্যাথিক ঔষধেরই পক্ষপাতী আনিলাম। রোগিণীর হোমিওপ্যাথিক বেলডোনার (Belladonna) চরিত্রগত লক্ষণ বর্তমান

ধাকায়—বিশেষতঃ, জরায়ুমুখের উষ্ণতা, শুষ্কতা এবং স্পর্শ অসহিষ্ণুতা অবলোকন করিয়া, “বেলেডোনা ২০০ শক্তি” একমাত্র প্রয়োগ করিলাম।

ঔষধ খাওয়ার প্রায় ১৫ মিনিট পর সংবাদ আসিল যে, রোগিণীর পূর্বের চেয়ে বেদনা বৃদ্ধি হইয়াছে। প্রায় আধ ঘণ্টা অপেক্ষা করার পর ধাত্রী মুখে শুনিতে পাইলাম যে, জরায়ুর মুখ প্রায় চারি অঙ্গুলী পরিমিত প্রসারিত হইয়াছে। অতঃপর আধ ঘণ্টা পরে আর এক মাত্রা বেলডোনা দেওয়ায়, প্রায় এক ঘণ্টা পরে আতুর ঘরে সন্তানের কান্না শুনিতে পাইলাম। পরক্ষণেই পোয়াতীর মাতা আসিয়া বলিলেন যে, একটা সুস্থ কন্যা সন্তান প্রসূত হইয়াছে। হোমিওপ্যাথির অতি আশ্চর্য কার্যকারিতা দেখিয়া, বাড়ীর সকলেই উহার ভূয়সী প্রশংসা করিতে লাগিলেন। আমি একজন এলোপ্যাথ ডাক্তার, পূর্বে হোমিওপ্যাথির প্রতি আমার আস্থা ছিল না; কিন্তু এম্বলে হোমিওপ্যাথির আশ্চর্য শক্তি দেখিয়া আমারও ঐ চিকিৎসায় দীক্ষিত হইবার আকাঙ্ক্ষা হইয়াছে। বর্তমানে পোয়াতীকে আর কোন ঔষধ দিতে হয় নাই; সন্তান ও পোয়াতী উভয়েই সুস্থাবস্থায় আছেন।

মন্তব্য :—হোমিওপ্যাথিক মতে যদি লক্ষণগুলি সঠিকভাবে পর্যালোচনা করিয়া লক্ষণানুযায়ী ঔষধ দেওয়া যায়, তবে এক ফোঁটা ঔষধেই মন্ত্রশক্তির ত্রায় কাজ করে, এই জন্তই ইহাকে সদৃশ চিকিৎসা বলে।

রিকেটা পীড়ায়—সাইলিসিয়া

লেখক—ডাঃ পণ্ডিত মহম্মদ আব্দুর রহিম
Medical Officer, Pally Stars Sribardi (Mymensingh)

(পূর্বপ্রকাশিত ৭ম সংখ্যার (কার্তিক) ৩৭৬ পৃষ্ঠার পর হইতে)

(ক) মুখখানি দেখিতে বৃদ্ধের মত।

(ঙ) দাঁড়াইতে বা হাঁটিতে সম্পূর্ণ অক্ষম। কেহ
ধরিয়া দাঁড় কবাইলেও ক্রন্দন কবে।

(চ) স্তন্যদুগ্ধ ভিন্ন অল্প কোন খাদ্য গ্রহণে সম্পূর্ণ
অনিচ্ছা।

(ছ) প্রায় সর্বদা সর্দি লাগিয়াই থাকে।

(ঈ) শিশুটির গা স্পর্শ করিলে বা তাহার দিকে
দৃষ্টপাত কবিলেই ক্রন্দন কবিতো থাকে।

চিকিৎসা :—উল্লিখিত লক্ষণাদি দৃষ্টে শিশুকে
রিকেটগ্লেণ্ড বলিয়াই অচ্যুত হইল। এই অস্থানের
উপর এবং উল্লিখিত লক্ষণগুলি প্রতি লক্ষ্য রাখিয়া
'**সাইলিসিয়া ৩০**, প্রত্যহ প্রাতে একমাত্র।
এবং মধ্যাহ্নে অনৌষধি পুবিয়া একটা কুবিয়া সেবনেব
ব্যবস্থা করতঃ ৪ দিনের ঔষধ দিলাম।

পুষ্টি :—মিষ্ট ও সুপক আম, পেয়াবা, দাড়িহ,
খেয়ানা, পুরাতন সুন্দর তুলসি অন্ন, ক্ষুদ্র জীবিত মৎস্তের
ঝোল, ছাগ-দুগ্ধ, ইত্যাদি। এতদ্বিত্ত শিশুর মাতাকেও
তাহার নিজের আহালাদি সম্বন্ধে বিশেষ সতর্ক থাকিতে
বলিলাম।

২০।১।৩৭—অল্প শিশুকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন
দেখিলাম—

(ক) শিবোৎসর্গ অনেক পবিমাণে কমিয়াছে।

(খ) গত ৪ দিবসে ২ বাব মলত্যাগ কবিয়াছে।

(গ) স্তন্যদুগ্ধ ভিন্ন অল্প পথ্য গ্রহণ কবে নাই, কিন্তু
বেশ আগ্রহের সহিত প্রত্যহ ৩।৪টা করিয়া
সুপক আম খাইয়াছে।

(ঘ) অল্পাঙ্গ লক্ষণের বিশেষ কোন পরিবর্তন ঘটে
নাই।

ঔষধ ও পথ্য :—পূর্ববৎ।

২০।১।৩৭—অল্প নিম্নলিখিত অবস্থা লক্ষিত হইল।

(ক) শিবোৎসর্গ আদৌ নাই।

(খ) প্রত্যহ একবার কুবিয়া বাহ্য হইতেছে।

(ঙ) দুই একবার কুবিয়া ভাত খাইতেছে এবং আম
সেবনে পূর্ব্যপেক্ষা আবণ্ড পট্ট হইয়াছে।

(ঘ) কোন কিছুই সাহায্যে দণ্ডায়মান হইতেও
ক্ষম হইয়াছে।

(ঙ) মেজাজ পূর্বক-স্তায় আর ক্রন্দনশীল নহে। মঞ্চের
মাঝে হাসিয়া খেলাও কুবিয়া থাকে।

ঔষধ :—একদিন অস্তব **সাইলিসিয়া ৩০**,
প্রত্যহ একবার করিয়া এবং অল্পাঙ্গ সময়েব অল্প অনৌষধি
পুবিয়াব ব্যবস্থা কবিলাম।

পথ্য :—পূর্বক-স্তায়।

২১।১।৩৭—অল্প দ্বিগ্রহরে উপস্থিত হইয়া শিশুকে
নিম্ন অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

(ক) প্রত্যহ একবার কুবিয়া বাহ্য হইতেছে।

(খ) দিবসে দুই তিন বাব খাইতেছে।

(গ) হস্ত, পদের পূর্কবস্থা কথঞ্চিৎ পরিবর্তিত
হইয়াছে।

(ঘ) উদবেব বৃহদাকৃতি ত্রাস হইয়া প্রায় স্বাভাবিকে
পরিণত হইয়াছে।

(ঙ) আপনাআপনি দণ্ডায়মান হইতে এবং কোন
সাহায্য অবলম্বনে কিছু কিছু হাঁটিতেও পারে।

ঔষধ ও পথ্য :—পূর্ববৎ।

২০।১।৩৭—শিশুটির প্রত্যহ বাহ্য হইতেছে,
শরীর অনেকটা সল ও পুষ্ট হইয়া প্রায় স্বাভাবিক আকার

ধারণ করিয়াছে এবং অন্ত্রের সাহায্য না লইয়াও কিছু হাঁটিতে পারে।

অল্প আর সাইলিসিয়া প্রয়োগ অনাবশ্যক বিবেচনায়, কেবল কয়েকটি অনৌষধি পুরিয়া সেবন করিতে দিলাম। অতঃপর মাঝে মাঝে ৩৪ দিন অন্তর একমাত্রা করিয়া সাইলিসিয়া সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

২২।৩।৩৭—তারিখে শিশুর পিতা কর্তৃক আহৃত হইয়া দেখিলাম—শিশুর সমস্ত রোগলক্ষণ তিরোহিত হইয়া, শিশু স্বাভাবিক অবস্থা প্রাপ্ত হইয়াছে। আর ঔষধের প্রয়োজন বিবেচনা করিলাম না। শিশুটী এখনও পর্যন্ত ভাল আছে, দেহের বৃদ্ধি স্বাভাবিক ভাবে হইতেছে।

হোমিওপ্যাথিক মতে দেশীয় ঔষধ

জাস্টিসিয়া (বাসক)—Justicia.

লেখক—ডাঃ শ্রীস্বরূপ ভট্টাচার্য্য H. L. M. S.

৮ বৈজ্ঞানিক ঔষধালয়, সুন্দর (ঢাকা)

আজকাল আমাদের দেশীয় অনেক ঔষধ হোমিওপ্যাথিক মতে প্রস্তুত হইয়া ব্যবহৃত হইতেছে। অনেক সময় এই সকল ঔষধ ব্যবহারে অতি সন্তোষজনক ফল পাওয়া যায়। গত ১৩৩৬ সালের (২২শ বর্ষের) চিকিৎসা-প্রকাশের কার্তিক মাসের (৭ম সংখ্যায়) সংখ্যায় তুলসীর (ওসিমা) উপকারিতা সম্বন্ধে লিখিয়াছিলাম। মাত্র সর্বজন পরিচিত “বাসকের” (জাস্টিসিয়া—Justicia) বিষয় কিছু উল্লেখ করিব।

নামান্তরঃ—বাসকের অপর ইংরাজী নাম—এডাটোডো (Adhatodo)। বাঙ্গলায় ইহাকে “বাসক” বা “বাসক” এবং আয়ুর্বেদে গ্রন্থে “সিংহমুখী” বা “বাজিদন্ত” বলে।

সর্দি কাশি প্রভৃতি ফুস্ফুস সংক্রান্ত বিবিধ পীড়ায় “বাসক” বিরূপ মহোপকারী, আয়ুর্বেদীয় ও এলোপ্যাথিক চিকিৎসকগণের নিকট তদুল্লেখ বাহ্য মাত্র। হোমিওপ্যাথিকমতে ব্যবহৃত হইলেও এতদ্বারা বিরূপ সন্তোষজনক ফল পাওয়া যায়, তাহারই দৃষ্টান্ত উল্লেখ করিতেছি।

(১) রোগী—জনৈক ভদ্রলোক, বয়ঃক্রম, ৫০।৫৫ বৎসর, ইনি স্থানীয় সাব-এসিষ্ট্যান্ট সার্জনের জ্যেষ্ঠ ভ্রাতা। গত বৎসর ডাইনামিসে (১৩৩৬) এই ভদ্রলোকটী কয়েক দিন সর্দি জরে আক্রান্ত হওয়ার পর আমার চিকিৎসাধীন হন। রোগীর বাতশ্বাসিক ধাতু। জর ও সর্দিদা শুষ্ক কাশি বর্তমান।

লক্ষণাত্মকীয়ী ট্রাইওনিয়া, বেলডোনা প্রভৃতি ঔষধ প্রয়োগে জর ভ্রাস হইল বটে, কিন্তু যে শুষ্ক কাশির জন্ম রোগীর বড়ই কষ্ট হইতেছিল, তাহার কোন উপশম হইল না। ধাতু সংশোধন উদ্দেশ্যে ক্যালকেকেনিয়া ২০০, একমাত্রা দিয়া যথেষ্ট সময় অপেক্ষা করিলাম, কিন্তু কোন ফল হইল না। অতঃপর কাশির আশু উপশম করণার্থ রুমেক্স (Rumex) ৬, পরে উহার ৩০ শক্তির প্রয়োগ করিয়াও কোন ফল পাইলাম না।

বিবিধ ঔষধে কাশির উপশম না হওয়ায়, রোগীকে বিশেষরূপে পর্যবেক্ষণ করতঃ, নিম্নলিখিত লক্ষণাবলী সংগ্রহ করিলাম। যথা—

(ক) স্বরভঙ্গ।

(খ) সর্বদা গলা হুড় হুড় করিয়া কাশি।

(গ) কাশিতে কাশিতে দম আটকাইয়া যাওয়ার মত হয়।

(ঘ) রাত্রিতে কাশির বৃদ্ধি হয়।

(ঙ) সর্বদা গলা শুষ্ক বোধ হয়।

(চ) ক্ষুধার অভাব বিद्यমান।

(ছ) ফুসফুস আকর্ষণে শুষ্ক রাখাই বর্তমান।

উল্লিখিত লক্ষণ সমূহের প্রতি লক্ষ্য রাখিয়া জ্যাপ্তিসিন্ধা ১২ প্রয়োগ করিলাম। প্রত্যহ ইহা ৩ বার সেবনের ব্যবস্থা করা হইল। শ্বথের বিষয় প্রথম দিনেই রোগী অনেক উপশম বোধ করিলেন এবং ৪।৫ দিনেই রোগী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য লাভ করিয়াছিলেন।

(২) ব্রোঞ্জী—সপ্ততি বর্ষীয় জর্নৈক ধীর স্থির চিত্ত মুসলমান ভদ্রলোক। ইনি অনেক দিন উৎকাশিতে (Hacking Cough) অত্যন্ত কষ্ট পাইতেছিলেন। গত

আখিন মাসে (১৯৩৬) তাঁহার পুত্র তাঁহাকে সঙ্গে লইয়া আমার নিকট আসেন। ফুসফুস পরীক্ষায় শুষ্ক রক্কাই শোনা গেল। রোগীর মেজাজ কিন্তু পরিবর্তিত দেখিলাম; সামান্য একটুকু ক্রটিতেই চটিয়া যান, আদৌ ধীরতা নাই। একমাত্র এই মেজাজের উপর নির্ভর করিয়া জ্যাপ্তিসিন্ধা ৩২ দেওয়া গেল। তৎপর দিন তাহার পুত্র আসিয়া জানাইলেন যে, ঔষধে কোন উপকার হয় নাই বরং মেজাজ আরও খিটখিটে হইয়াছে। অতঃপর জ্যাপ্তিসিন্ধা ২২, ৪ মাত্রা দিলাম। পরদিন তাঁহার পুত্র হাসিতে হাসিতে আসিয়া জানাইলেন যে, তাঁহার পিতা কল্য হইতে অনেক ভাল আছেন। অতঃপর তাঁহাকে জ্যাপ্তিসিন্ধা ২২, ৬ মাত্রা দিয়া উহা প্রত্যহ ২ বার করিয়া সেবন করাইতে বলিলাম। ২।৩ দিন উক্ত নিয়মে ঔষধ সেবন করায় রোগী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য লাভ করিলেন।

ওসিমামের (Ocimum Sanctum—তুলসী) দুইটা রোগী

লেখক—ডাঃ আবদুল ওসাদুদ M. B. (Homæo)

নরসিংদি—ঢাকা।

১ম রোগী—স্থানীয় জমিদার বাবুর দেড় বৎসর বয়স্ক নাতি। বিগত ১৩৩৬ সালের ১০ই বৈশাখ এই শিশুটির চিকিৎসার্থ আমি আহৃত হই।

পূর্ব ইতিহাস :—

(ক) ৮।৯ মাস পূর্বে শিশুটির ব্রুকনিউমোনিয়া হইয়াছিল; এলোপ্যাথিক চিকিৎসায় উহা আরোগ্য হয়।

(খ) উহার পর হইতে মধ্যে মধ্যে জ্বর হয়, জরীয় উত্তাপ ৯৯ - ১০০ ডিগ্রির বেশী নহে; সামান্য চিকিৎসাতেই উহা আরোগ্য হইয়া থাকে।

(গ) প্রায়ই পেট কাঁপে ও তরল দাশ হয়।

(ঘ) দিন দিন শরীর শীর্ণ হইতেছে।

(ঙ) মেজাজ খিটখিটে, সর্বদাই কাঁদে, কেবল কোলে করিয়া বাহিরে লইয়া গেলে কান্না থামে। কোলে করিয়া বেড়াইলেই স্থস্থির থাকে বলিয়া অনেক সময় রাত্রিতেও কোলে করিয়া বাহিরে লইয়া যাইতে হয়।

(চ) নাকে সর্দি লাগিয়াই আছে, সর্বদা নাক দিয়া জল পড়ে। সর্দি বসিয়া গেলেই জ্বর হয় এবং বুকের মধ্যে কফ সঞ্চিত হইয়া ঘড় ঘড় শব্দ করে।

(ছ) হোমিওপ্যাথিক ও এলোপ্যাথিক চিকিৎসায় সাময়িক উপকার ভিন্ন স্থায়ী উপকার হয় নাই।

(জ) আমার দেখার পূর্বে জর্নৈক হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক চিকিৎসা করিতেছিলেন, তিনি

ক্যামোমিলা, সিনা, এটিম ক্রুড ইত্যাদি
দিয়াছিলেন। কিন্তু কোন উপকার হয় নাই।

বর্তমান অবস্থা :—

- (ক) জিহ্বার অগ্রভাগ লাল, ভিতরদিক হরিদ্রাবর্ণ।
- (খ) উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি, নাড়ী ক্ষীণ ও দ্রুত।
- (গ) নাক দিয়া অবিরত জলবৎ শ্লেষ্মা পড়িতেছে।
- (ঘ) মেজাজ খিটখিটে, সর্বদাই ক্রন্দন করে,
বাহিরে লইয়া গেলে কেবল কাঁদে না।
- (ঙ) পেটফাঁপা আছে, বিকালে বেশী পেট ফাঁপে।
- (চ) দিনে রাজে ৫/৬ বার পাংলা দাস্ত হয়।

চিকিৎসা :—উল্লিখিত লক্ষণগুলির সঙ্গে
ওসিয়ামের চরিত্রগত লক্ষণের সাদৃশ্য থাকায় অল্প
ওসিয়াম স্যাক্স ৩০শ শক্তি, ৩ মাত্রা দিয়া
৩ ঘণ্টান্তর উহা সেবন করিতে বলিলাম।

১১ই বৈশাখ—অল্প ওসিয়াম, কল্যাণে শিশুটি
কাঁদে নাই, অনেকক্ষণ ঘুমাইয়াছিল। অল্প প্রাতে একবার
স্বাভাবিক বাহ্যে হইয়াছে, পেটফাঁপা খুব সামান্যই আছে।
নাক দিয়া জল পড়া পূর্ববৎ সমভাবেই আছে।

অল্প কোন ঔষধ না দিয়া কেবল প্রেসিৰো ৬ মাত্রা
দিয়া, উহা দুই দিন সেবন করাইতে বলিলাম।

১৩ই বৈশাখ—শিশুর স্বভাবের পরিবর্তন হইয়াছে
মেজাজ পূর্বের ত্রায় খিটখিটে এবং অবিরত ক্রন্দন আর
নাই। গত ২ দিন আর পেট ফাঁপে নাই, প্রত্যহ একবার
করিয়া স্বাভাবিক বাহ্যে হইয়াছে। তবে নাকের সর্দি
কথঞ্চিৎ কম হইলেও, এখনও একেবারে নিবৃত্তি হয় নাই।

অল্প কোন ঔষধ না দিয়া প্রত্যহ দুই বার করিয়া
৭ দিনের উপযোগী প্রেসিৰো ১৪ মাত্রা দিলাম।

২০শে বৈশাখ—নাকের সামান্য সর্দি ব্যতীত
অল্প কোন উপসর্গ নাই, চেহারার অনেক পরিবর্তন
হইয়াছে। অল্প টিউবার্কিউলিনাম (Tuberculinum)
১০০০, শক্তি একমাত্রা এবং প্রত্যহ ১ মাত্রা করিয়া
প্রেসিৰো ১৫ দিন সেবনের অল্প দিলাম।

১৫ দিন পরে সংবাদ পাইলাম—শিশুটি ভালই আছে,

কোন উপসর্গ নাই, শরীরও অনেকটা সবল ও পুষ্ট হইয়াছে,
পেটের কোন গোলযোগ নাই, মেজাজ বেশ ঠাণ্ডা হইয়াছে,
সর্বদা বেশ খেলা করে। আর কোন ঔষধ দিই নাই।
এখনও পর্য্যন্ত শিশুটি বেশ ভাল আছে।

২য় রোগী—জিনাদি গ্রামের জনৈক বৃদ্ধ
বয়ঃক্রম প্রায় ৬০ বৎসর। গত ৪১১ শ্রাবণ ইহার
চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

পূর্ব ইতিহাস :—

- (ক) ১৫/১৬ দিন জ্বর হইয়াছে।
- (খ) প্রথমতঃ খুব সর্দি হইয়া তারপরে জ্বর প্রকাশ
পায়।
- (গ) জ্বর লাগিয়াই আছে, তবে প্রাতে কিছু কমে।
- (ঘ) পেটফাঁপা, পেটের ডাক এবং প্রত্যহ ৪/৫ বার
পাতলা দাস্ত বরাবরই হইতেছে।
- (ঙ) সর্বদা তন্দ্রাভাব, বেশী ডাকাডাকি করিলে
২/১টা কথা বলে, কিন্তু পুনরায় তন্দ্রাবিভূত
হইয়া পড়ে।
- (চ) সময় সময় ২/১টা ভুল বকে। মাথায় জল দিলে
ভুল বকা কমে।

বর্তমান অবস্থা :—

- (ক) জ্বর (বেলা তখন ৮/৯টা) ১০০ ডিগ্রি, ওসিয়াম
—১১টা, ১২টার পর জ্বর বাড়িয়া ১০৪—১০৫
ডিগ্রি পর্য্যন্ত হয়।
- (খ) জ্বর বৃদ্ধির সময়েই রোগী বেশী তন্দ্রাচ্ছন্ন হয়,
তখন ডাকিলে প্রায়ই সাড়া পাওয়া যায় না।
এখন যদিও রোগী তন্দ্রাবিভূত অবস্থায় আছে,
তথাপি উহা বেশী নহে এবং ২/৪ বার ডাকিলে
উত্তর দেয়।

- (গ) নাক দিয়া তরল শ্লেষ্মা শ্রাব বিद्यমান আছে।
- (ঘ) জিহ্বা পরিষ্কার, জিহ্বার ধার অত্যন্ত লাল
ও ভিতরের দিকে হরিদ্রাবর্ণ।

এই সময়ে এতদঞ্চলে ইনফ্লুয়েঞ্জার এপিডেমিক খুব
ব্যাপক ভাবে আরম্ভ হইয়াছিল। এই রোগীরও জ্বর প্রথমে

ইনফ্রা-রোগীর আকারেই প্রকাশ পাইয়াছে। পক্ষান্তরে রোগীর বর্তমান লক্ষণগুলির সহিত ওসিমামের চরিত্রগত লক্ষণের সাদৃশ্য লক্ষ্য করিয়া ওসিমামই ব্যবস্থা করিতে ইচ্ছুক হইলাম। কিন্তু যিনি এই রোগীর চিকিৎসা করিতেছিলেন, তিনি ওসিমামের নাম শুনিয়াই আশ্চর্য্যাবিত হইয়া বলিলেন—“এই ঔষধের নাম তো কখনই শুনি নাই”। বলিলাম—নাম না শুনিলে সে দোষ ঔষধেরতো নহে—আপনারই। চিকিৎসা-জগতে নিত্য নূতন কত ঔষধ কত অভিনব তথ্য আবিষ্কৃত হইতেছে, সে সকল সংবাদ জানিতে যদি চেষ্টা করিতেন; তাহা হইলে সুধু ওসিমাম কেন—অনেক নূতন ঔষধের বিষয়ই জ্ঞাত হইতে পারিতেন। বলা বাহুল্য চিকিৎসা-জগতের এসকল অভিনব তথ্য বিদিত হইতে হইলে নিয়মিত ভাবে চিকিৎসা সম্বন্ধীয় সাময়িক পত্রাদি পাঠ করা কর্তব্য। “ওসিমাম” নামটা প্রকারান্তরে নূতন বটে, কিন্তু জিনিষটা নূতন নহে; ইহা আমাদেরই চিরপরিচিত “তুলসী”রই আরক। তুলসী হইতেই হোমিওপ্যাথিক প্রকরণে ইহা প্রস্তুত, সুতরাং ইহার গুণাগুণ সম্বন্ধে বৈজ্ঞানিক না বলিলেও এখন বোধ হয় বুঝিতে পারিবেন যে,

এই রোগীর পক্ষে ইহার প্রয়োগ অবিধেয় নহে। ইহা একটি সর্কোৎকৃষ্ট সোরা বিষয় (anti-psoric) ও পলিক্রিস্ট (polycryst) ঔষধ।

যাহা হউক, এইরূপ অনেক কথার তাঁহাকে বুঝাইয়া আমি রোগীকে ওসিমাম ৩০ শক্তি প্রত্যাহ ৪ মাত্রা সেবনের ব্যবস্থা করিয়া, দুই দিনের অন্ত ৮ মাত্রা ঔষধ দিলাম।

৬ই আশ্বিন ১৩৩৬ :—ওসিমাম, প্রথম দিন ৩ মাত্রা ঔষধ সেবনের পরই জ্বর ছাড়িয়া গিয়াছিল, তবে পেটের অস্থখ ও অন্ত্রাঘ উপসর্গ ছিল। ৮ মাত্রা ঔষধই সেবন করিয়াছে।

অন্ত প্রাতে জ্বর ও পেটের অস্থখ ছিল না, কল্যাণে বিকালে জ্বর বৃদ্ধি হয় নাই, উত্তাপ স্বাভাবিকই ছিল। তন্দ্রাভাব, ভুল বকা, সর্দি আদৌ নাই।

অন্ত চায়না ৩০, ৪ মাত্রা দিয়া প্রত্যাহ দুই মাত্রা করিয়া সেবন করিতে বলিলাম। দুই দিন পরে সংবাদ পাইলাম, রোগীর আর কোন উপসর্গ নাই, জ্বর আর হয় নাই, রোগী বেশ ভাল আছে। খুব ক্ষুধা হওয়ায় অল্প অল্পপথ্য দেওয়া হইল।

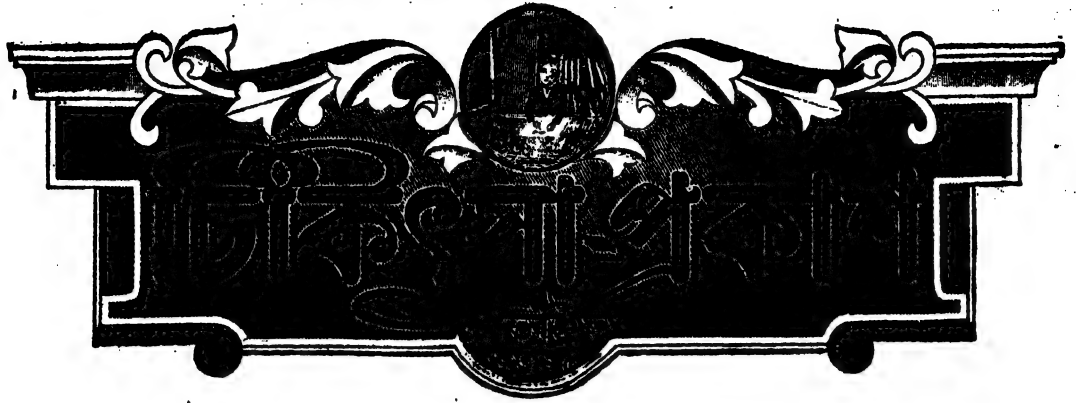
রোগী এখনও পর্য্যন্ত বেশ ভাল আছে।

জিজ্ঞাস্তা ও প্রত্যুত্তর

(১) জিজ্ঞাস্তা :—কৃষ্ণপুর (মুর্শিদাবাদ) হইতে শ্রীযুক্ত নলিনাক্ষ বন্দ্যোপাধ্যায় মহাশয় লিখিয়াছেন—
“গত ১৩৩৬ সালের (২২শ বর্ষের) চিকিৎসা-প্রকাশের ১১শ সংখ্যার (ফাল্গুন) ৭৭২ পৃষ্ঠায় হুগলী মহানাদের সুপ্রসিদ্ধ হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ডাঃ শ্রীযুক্ত প্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায় লিখিয়াছেন যে, “বিলাতের জনৈক মহিলা কোন খ্যাতিনামা চিকিৎসকের নিকট স্ত্রীর ব্যাধির বিবরণ বিবৃতি কালে অলক্ষ্যে টেবিলের উপর হস্তার্পণ করায়, তাহার হাতে একটি আল্পিন বিদ্ধ হইয়া যন্ত্রণায় অস্থির হইয়া পড়িলে, উক্ত চিকিৎসক তাহাকে “ক্যামোমিলা” প্রয়োগ করায় উক্ত মহিলা বর্তমান বেদনা ও পূর্ব রোগ হইতে আরোগ্য লাভ করেন।” এক্ষণে আমার জিজ্ঞাস্তা এই যে, উক্ত মহিলাটির কি রোগ হইয়াছিল? এবং আল্পিনবিদ্ধ জনিত বেদনার ক্যামোমিলার পরিবর্তে লিডাম প্যালুস্তার

(Leadum paluster) প্রযুক্ত হইতে পারে কি না? এবং উক্ত চিকিৎসক ক্যামোমিলার কত শক্তি প্রয়োগ করিয়াছিলেন? মাননীয় প্রভাস বাবু এই জিজ্ঞাস্তাগুলির প্রত্যুত্তর চিকিৎসা-প্রকাশে সবিস্তারে জানাইলে অতীব অমুগ্ধহীত হইব।”

(২) জিজ্ঞাস্তা :—কিশনগঞ্জ (পূর্ণিমা) হইতে শ্রীযুক্ত শক্তিপদ চট্টোপাধ্যায় মহাশয় লিখিয়াছেন—
“চিকিৎসা-প্রকাশে বহু খ্যাতিনামা অভিজ্ঞ চিকিৎসক তাঁহাদের অভিজ্ঞতার বিবরণ প্রকাশ করিয়া থাকেন। তাঁহাদের নিকট আমার সাহসনয় নিবেদন, যদি কেহ অমুগ্ধপূর্বক হোমিওপ্যাথিক মতে মৃগী (Epilepsy)—বিশেষতঃ, শিশুদিগের মৃগী রোগের ফলপ্রসূ চিকিৎসা-প্রণালী চিকিৎসা-প্রকাশে আলোচনা করেন, তাহা হইলে বিশেষ উপকৃত ও বাঞ্ছিত হইব।” ১৭।৮।৩০



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয় মাসিক পত্র ও সমালোচক

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল-মাঘ

১০ম সংখ্যা

বিবিধ

জননেন্দ্রিয়ে একজেমা (Eczema on the genitalis) :- নিম্নলিখিত ব্যবস্থাটা জননেন্দ্রিয়ার একজেমায় বিশেষ ফলপ্রসূ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে বশা :-

Re.

লাইকর ক্যালসিস	...	৪ আউন্স।
একট্রাক্ট বেলেডোনা	...	১২ গ্রেণ।
জিন্সাই অক্সাইড	...	২ ড্রাম।
সিসারিণ	...	২ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ রাতে আক্রান্ত স্থানে প্রয়োগ্য। ইহা প্রয়োগ করিবার পূর্বে উষ্ণ জলে আক্রান্ত স্থান উত্তমরূপে ধৌত এবং কিছুক্ষণ উষ্ণ জলে আক্রান্ত স্থান নিমজ্জিত করিয়া রাখা কর্তব্য। (The Burma Medical Times P. M. Dec. 1930.)

সায়োটিকা রোগে—পাইলোকার্পিন (Pilocarpine in Sialitica) :- সায়োটিকা (নিতমদেশের প্রধান ঝাড়শূল) এবং লাভেগো (কটীবাভ) পীড়ায় “পাইলোকার্পিন” (Pilocarpine) ইঞ্জেকশন দিয়া আশাতীত উপকার প্রাপ্তির বিষয় উল্লিখিত হইয়াছে। ১/৩ গ্রেণ পাইলোকার্পিন নাইট্রেট—১ সি, সি, পরিমাণ টেরাইল পরিস্রুত জলে দ্রব করতঃ, প্রতি রাতে অথবা ১ দিন অন্তর রাতে অধঃস্বাচিকরূপে বেদনামুক্ত স্থানে ইঞ্জেকশন এবং সপ্তাহে ১ বার করিয়া রোগীকে লাভনিক বিরচক ঔষধ সেবন করিতে দেওয়া কর্তব্য। অতি দুর্বল্য প্রকৃতির পীড়িতেও এইরূপ চিকিৎসায় ৩ সপ্তাহ মধ্যেই বিশেষ উপকার পাওয়া গিয়াছে। দুর্দশিতার পীড়া বর্তমান থাকিলে পাইলোকার্পিন ব্যবহার করা নিষিদ্ধ। (Merck Archives)

ম্যালেরিয়ায় আর্গট (Ergot in Malaria) :—ডাঃ জ্যাকোবি (Jacobie) বলেন যে—মীহা বিবৃদ্ধিসহ পুরাতন ম্যালেরিয়া অরে আর্গট ব্যবহা করিলে আশাতীত উপকার পাওয়া যায়। ইহাতে মীহার বিবৃদ্ধি হ্রাস পায় এবং অরের পর্যায় নিবারিত হয়।
(Pract. med. ০৫.)

গোড়ালির বেদনায় রোগ নির্ণয় :—ব্রীলোকের পায়ের গোড়ালীতে বেদনা হইলে উহা ডিম্বকোষের (ওভারীর) ফোটক নির্ণায়ক এবং যে দিকের স্তন-বৃন্ত বা স্তন-গ্রন্থিতে ক্ষীতি ও বেদনা হয়, সেই দিকের ফেলোপিয়ান্ টীউবের (ডিম্ববাহী নলী) অথবা জরায়ুর সেই অংশ বিশেষের কোনওরূপ পীড়া হইয়াছে বা হইবার সম্ভাবনা আছে বুঝিতে হইবে।
(Chicago Medical times.)

মদাত্যয়ে—ক্যাফিন (Caffeine in alcoholism) :—ডাক্তার উইলিয়াম্ নোয়েল্ লিথিয়াছেন যে, বেলেডোনা যেরূপ অহিফেনের প্রতিষেধক, সেইরূপ মত্তপানজনিত বিষাক্ততায় (alcoholic toxemia) ক্যাফিন্ একটা অব্যর্থ ঔষধ।
(Pract. Med. ০৫.)

একনি রোগে—ব্রোমাইড অব আর্সেনিক (Bromide of arsenic in Aone) :—একনি (বয়ঃপ্রণ) রোগে ব্রোমাইড অব আর্সেনিক অতীব ফলপ্রসূ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে। এতদ্ব্যতীত ব্রোমাইড অব আর্সেনিকের ১% পাসেন্ট্ ড্রব প্রস্তুত করতঃ ইহার ২ ফোঁটা লইয়া ২ আউন্স জলে মিশ্রিত

করতঃ, আহােরের পূর্বে প্রত্যহ ২ বার সেবন করিতে দিলে বয়ঃপ্রণে বিশেষ উপকার হইয়া থাকে।
(Medical Summary)

পিত্তশিলার অসহ্য বেদনায় ক্লোরোফর্ম (Chloroform in the pain of Gall-Stones) :—Dr. Chlerk M. D. বলেন যে, ১০ ফোঁটা ক্লোরোফর্ম দুগ্ধ শর্করা বা কিঞ্চিৎ জলসহ ২০ মিনিট অন্তর সেবন করিতে দিলে এবং তৎসহ যকৃতের উপরে ধীরে ধীরে হস্ত দ্বারা ঘর্ষণ ও মর্দন করিলে পিত্তশিলার অসহ্য বেদনার আশু উপশম হইয়া থাকে।
(Pract. Med. ৩০.)

দুর্গন্ধযুক্ত নাসা-সর্দিতে সোডা বাইকার্বের দ্রব :—সোডা বাইকার্বের চূড়ান্ত দ্রব (Saturated solution of Sodii bicarb.) নাসামধ্যে নস্তুরূপে দিবসে ৪ বার করিয়া টানিয়া লইলে দুর্গন্ধযুক্ত নাসা-সর্দি সম্বন্ধে আরোগ্য হইয়া যায়।
(Pract. Med. ৩০.)

সেরিব্রোস্পাইনাল্ মেনিঞ্জাইটিসের ফলপ্রসূ চিকিৎসা (Successful treatment in cerebrospinal meningitis) :—Dr. G. W. Emmers' on M. D. এই পীড়ার নিম্নলিখিত চিকিৎসা প্রণালী সর্কাপেক্ষা ফলপ্রসূ বলিয়া উল্লেখ করিয়াছেন। যথা—
রোগীকে বিশুদ্ধ গোদুগ্ধ ও আবশ্যক হইলে এতৎসহ কিঞ্চিৎ ব্রাণ্ডি মিশাইয়া পান করাইতে এবং রোগীর কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখিতে হইবে। আক্ষেপ নিবারণার্থ মর্ফিয়া ইঞ্জেকসন অথবা ব্রোমাইড ও ক্লোরাল্ একত্রে নিম্নলিখিতরূপে দিতে পারা যায়।

Re.

পটাশ ব্রোমাইড ...	২০ গ্রেণ।
ক্লোরাল হাইড্রেট ...	১০ গ্রেণ।
সিরাপ অরেন্সাই ...	৩০ মিনিম।
একোয়া ক্লোরোফর্ম ...	এড ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করিয়া এক মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা।

প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টাস্তর সেবা।

চূর্দমা প্রকৃতির পীড়ায় নিম্নলিখিত ব্যবস্থা পত্রখানি বিশেষ ফলপ্রদ।

Re.

পটাশ ব্রোমাইড ...	১২ গ্রেণ।
পটাশ আয়োডাইড ...	১০ গ্রেণ।
সিরাপ অরেন্সাই ...	১/২ ড্রাম।
একোয়া ডেউলেটা ...	এড ১ আউন্স।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। আহারান্তে ১ মাত্রা করিয়া প্রত্যহ ৩ বার সেবা।

পীড়া নির্ণয় হইবামাত্র অন্ন বা মধ্যবিধ মাত্রায় পটাশ আয়োডাইড সেবন করাইলে আশু উপকার পাওয়া যায়। ইহা প্রত্যহ ৩ বার ব্যবস্থেয়।

(The Practitioner.)

গ্রীষ্মপ্রধান দেশীয় ক্ষতে
"এসেরিন" (Eserine in tropic ulcer) :—গ্রীষ্মপ্রধান দেশীয় লোকের পায়ের এবং পায়ের তলার বিবিধ ক্ষতে 'এসেরিন' দ্রব লাগাইলে আশাতীত উপকার পাওয়া যায়। ১০০ ভাগ জলে ৫ ভাগ 'এসেরিন' মিশ্রিত করিয়া এই দ্রব তুলি দ্বারা ক্ষতস্থানে ও তাহার চতুর্দিকে উত্তমরূপে লাগাইয়া সমস্ত দিন সূর্যালোক লাগাইতে হইবে। রাত্রে গুক বা ভিজা ড্রেসিং দ্বারা ক্ষতস্থান আবৃত করিয়া রাখা কর্তব্য।

(N. Y. Med. Jour. 50.)

পরীক্ষিত দেশীয় মুষ্টিষোণ :—হৃৎপিণ্ড

চিকিৎসক ডাঃ শ্রীযুক্ত নরেন্দ্রকুমার দাশ M. B. ভিষকচর্চা মহোদয় নিম্নলিখিত কয়েকটা পরীক্ষিত দেশীয় ঔষধের বিষয় লিখিয়া পাঠাইয়াছেন, নিম্নে উহা উল্লিখিত হইল।

(১) পুরাতন ঘরে—

(ক) Re.

নাটার বীজের শাস ...	আধ তোলা।
গোল মরিচ ...	সিকি তোলা।
নিশিন্দা পাতা ...	সিকি তোলা।

একত্রে উত্তমরূপে খলে মাড়িয়া ১০টা বটাকা প্রস্তুত করিবে। অর আসিবার ৪।৫ ঘণ্টা পূর্বে হইতে এই বটাকা ১ ঘণ্টাস্তর ১টা করিয়া জলসহ সেবা। এই বটাকা কুইনাইন অপেক্ষা কোনও অংশেই হীন নহে।

(খ) শিউলী পাতা, ক্ষেত পাগড়া, গুলঞ্চ, নিমছাল, পলতা (পটলের লতার পাতা), রক্তচন্দন, হরিতকী (ছোট হরিতকী) ও কটুকী এই সকল প্রত্যেকটা দ্রব্য ১/৪ তোলা ওজনের লইয়া অর্ধসের জলের সহিত আঙুনে চড়াইবে এবং অর্ধ পোয়া থাকিতে নামাইয়া ছাঁকিয়া প্রত্যহ সকালে সেবন করিলে অতি পুরাতন ম্যালেরিয়া ও অন্তবিধ অর আরোগ্য হয়।

(২) অর্শরোগে—

(ক) Re.

ইক্ষু গুড় ...	৩৬ তোলা।
পিপুল চূর্ণ ...	অর্ধ তোলা।

একত্রে মিশাইয়া কিছুদিন খাইলে মল পরিষ্কার হইতে থাকে ও তদনুসারে অর্শরোগ আরোগ্য হয়।

(খ) এণ্টা উচ্ছেপাতার রস ও মধু ৬০ ফোঁটা মিশাইয়া প্রত্যহ প্রাতঃকালে সেবন করিতে দিলে অর্শরোগে সমূহ উপকার হয়।

(গ) অর্শের বলীতে অত্যন্ত বেদনা হইলে, মহিষের শিংএর চূর্ণ আঙুণে দিয়া তাহার ধূম অর্শের বলীতে প্রত্যক্ষ ভাবে লাগাইলে ৫.৭ মিনিট মধ্যেই যন্ত্রণার উপশম হয়। এইরূপ ক্রমাগত ১৭ দিন ব্যবহারে ব্যথা সর্বতোভাবে সারিয়া যায়।

(গ) অর্শের শুষ্ক ছাল অগ্নিতে জল ঝলসাইয়া কোনও পাথরের পাত্রে জল রাখিয়া তাহাতে ডুবাইয়া রাখিতে হইবে। পরে ঐ জল ছাঁকিয়া অন্ন অন্ন পান করিতে দিলে সত্ত্বর বমন নিবারিত হয়।

(৪) হিক্কা—

(৩) বমন—

(ক) ষেত-চন্দন ঘসা ১ তোলা এবং আমলকীর রস ১ তোলা, কিঞ্চিৎ মধু সহ মিশ্রিত করিবা অবলেহ করাইলে সত্ত্বর বমন ও হিক্কা নিবারিত হয়।

(খ) ময়ূরগুচ্ছের চাঁদ পোড়াইয়া লইয়া ঐ ভস্ম ১ রতি, বড় এলাচ চূর্ণ ৩ রতি, কুলের আঁটার শাস ৩ রতি, একত্র মিশাইয়া মধুগত অবলেহ করাইলে সত্ত্বর বমির নিবৃত্তি হয়।

(ক) পাকুলের ফল ও ফুল চূর্ণ করিয়া উহা কিঞ্চিৎ লইয়া জলে বাটিয়া মধুর সহিত অবলেহ করিলে হিক্কা উপশম হয়।

(খ) মাষকলাই চূর্ণ করতঃ উহা কন্ধিতে তামাকের ছাত্ত সাতিয়া তাহাব ধূম পান করিলে হিক্কা শান্ত বন্ধ হয়।

(গ) কণ্ঠে বেষেব শাস, দেশী চিনি ও শুঠ চূর্ণ সমশ রমাণে একত্র মিশাইয়া অন্ন অন্ন খাইতে দিলে হিক্কার শান্তি হয়।

(Dr. N. K. Das, M. B.)

অণুকোষ প্রদাহে (Orchitis) ফলপ্রদ ব্যবস্থা

১। R.

এমন ক্রোরাইড	...	২ ড্রাম।
স্পিরিট রেইকিফেড	..	৪ ড্রাম।
এসিড এসেটিক ডিল	...	৪ ড্রাম।
পরিষ্কৃত জল		১০ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া লোসন। এই লোসনে একখণ্ড লিণ্ট ভিজাইয়া, তদ্বারা অণুকোষ আবৃত করিয়া রাখিতে হইবে। মধ্যে মধ্যে উক্ত লোসন দ্বারা লিণ্ট আর্দ্র রাখা কর্তব্য। ইহাতে তরুণ প্রদাহ শীঘ্র উপশমিত হয়। এই সঙ্গে নিম্নলিখিত ঔষধী সেবন করিলে আরও সত্ত্বর উপকার পাওয়া যায়।

২। Re.

ভাইনাম এটিমনি	...	৫ মিনিম।
টীং পালসেটলা	...	২ মিনিম।
লাইকর এমন এসিটেট		২ ড্রাম।
একোয়া ক্যান্ডর	এড	১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ২১০ ঘণ্টাস্তর সেব্য।

(New York Medical Journal)



ধনুষ্ঠংকার — টিটেনাস (Tetanus)

লেখক—ডাঃ এ, কে, এম আব্দুল ওয়াহেদ B. Sc. M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন প্রেসিডেন্সি জেনারেল হস্পিটাল

কলিকাতা

এসিফ্যান্ট সার্জেন নেত্রকোনা হস্পিটাল

ময়মনসিংহ

—•:(*)O(*):(•—

টিটেনাস আমাদের দেশে অসাধারণ ব্যাধি নহে; বরং খুবই সাধারণ। সহরে এবং পল্লীগ্রামের সর্বত্রই এবং বৎসরের সকল সময়েই এই ব্যাধির প্রাদুর্ভাব দেখা যায়। আমরা এই ব্যাধিকে অতি সাংঘাতিক বলিয়া মনে করি এবং কোন ব্যক্তি এই ব্যাধিতে আক্রান্ত হইলে, যথোপযুক্ত চিকিৎসা সঙ্গেও তাহার প্রাণরক্ষা সম্বন্ধে বিশেষ সংশয়াপন্ন হইয়া পড়ি। সম্ভ্রান্ত শিশুর ধনুষ্ঠংকার হইলে মৃত্যু নিশ্চিত এবং এই নিমিত্ত আমাদের দেশে বহু নবজাত শিশু অকালে প্রাণ হারাইয়া থাকে। আবার প্রায়ই গুনিতে পাওয়া যায় যে, দুই একটা সিরাম ইন্জেক্সন দিবার পর ক্রমশঃ ধনুষ্ঠংকার রোগী আরোগ্যলাভ করিয়াছে। বাস্তবিকই এই ব্যাধির গুরুত্ব কতটা, তাহা উপলব্ধি করা আবশ্যিক।

টিটেনাস ব্যাধিকে ইংরাজী চলিত কথায় “লক-জ” (lock jaw) বা “আবদ্ধ-চোয়াল” এবং বাংলা চলিত কথায় “ধনুষ্ঠংকার” বা “ধনুকের ম্যাস দেহের বক্রাবস্থা প্রাপ্তি”

বলা হয়। কিন্তু এই দুইটা অবস্থাই ধনুষ্ঠংকার ব্যাধির এক একটা লক্ষণ মাত্র। এই লক্ষণদ্বয়ের কোনও একটা পরিদৃষ্ট হইলে রোগী টিটেনাস পীড়াক্রান্ত হইয়াছে, এই ধারণা সাধারণে ত করিয়াই থাকে; কিন্তু দুঃখের বিষয় এই যে, অনেক চিকিৎসকও এইভাবে ভ্রান্ত সিদ্ধান্তে উপনীত হইয়া থাকেন। নিম্নে কয়েকটি উদাহরণ প্রদত্ত হইল।

১ম রোগীঃ—পাঁচ বৎসর পূর্বের কথা। অষ্টাদশ বৎসর বয়স্কা একটা যুবতী জীলোক। দুই তিন দিন ধনুষ্ঠংকারের ভায় ফিট হইতেছে বলিয়া আমি ইহার চিকিৎসার্থ আহূত হই। দেখিলাম—ইহার লক-জ বা চোয়ালের আবদ্ধাবস্থা নাই। নাড়ীর গতি, শ্বাসপ্রশ্বাস, শরীরের তাপ ইত্যাদি সবই স্বাভাবিক। বক্ষ ও শেট পরীক্ষায় স্বাভাবিক দেখা গেল। স্নায়ুগুণী পরীক্ষায় কোন বাস্তবিক দোষ পরিলক্ষিত হইল না। জ্ঞানের কোন বৈশিষ্ট্য নাই। অর্ধ ঘণ্টা কালের মধ্যে তিন বার ফিট হইতে দেখা গেল। ফিটের সময় রোগিণীর দেহ অবিকল ধনুকের ভায়

বক্রাকার প্রাণ্ড হইল ; কিন্তু ফিটের সময় মুখমণ্ডলের অসাধারণ বিকৃতি বা অঙ্গ প্রত্যঙ্গের ক্লনিক মুভমেন্ট (clonic movement) বা পুরস্পর অনুগামী স্থূল স্পন্দন পরিলক্ষিত হইল না। ফিটের সময় রোগিণীর সর্কাস্টে সর্কস্কণ ব্যাপী আক্ষেপই দেখা গেল। আক্ষেপের সময় জিহ্বা কাটিল না, মুখ দিয়া ফেনা নির্গত হইল না, অসারে মল মুত্র ত্যাগ হইল না। আক্ষেপের সময় বা পরে সংজ্ঞা লোপ, তজ্জাভাব বা অন্ত কোন উপসর্গ পরিদৃষ্ট হইল না।

এই রোগিণীর দেহে কোন প্রকার আঘাত বা কতের ইতিহাস না থাকা সত্ত্বেও ১৫০০ ইউনিটের একটা ম্যাটিটিট্যানিক সিরাম ইন্জেকসন এবং ক্লোরাল ও ব্রোমাইড মিক্সচারও দেওয়া হইয়াছিল। ইহাতে রোগিণী ক্রমশঃ ভাল হইয়া গেল।

এস্থলে ধনুকের ত্রায় বক্রতাকে টিটেনাসের প্রমাণ বলিয়া ধরিয়া সিরাম প্রয়োগ করা হইয়াছিল, এবং তাহাতেই রোগ নিরাময় হইয়া গেল, ইহা মনে করা বাইতে পারে। কিন্তু দেহের ধনুকাকৃতি বক্রতা এস্থলে রোগের প্রধান লক্ষণ হইলেও, রোগিণীর হিষ্টরিক ফিট হইতেছে, এই সিদ্ধান্তে উপনীত হওয়া গিয়াছিল এবং সাবধানার্থ সিরাম প্রয়োগ করা হইয়াছিল।

২য় রোগী ৪—সেড বৎসর পূর্বেকার ঘটনা। যাত্রি ডেডটার পর নিদ্রাভঙ্গ হইয়া ফিট হওয়ায় আত্মীয় স্বজন কর্তৃক জনৈক ২২ বৎসর বয়স্ক অপেক্ষাকৃত ক্লশ দেহবিশিষ্ট য্যাংলো ইণ্ডিয়ান যুবক হস্পিটালে আনীত হয়। ইহার সপ্তাহকাল পূর্বে রোগীর নাকে একটা ক্ষুদ্র জখম হইয়া উহা ঘারে পরিণত হইয়াছে দেখা গেল। কতটা নিতান্ত সেপ্টিক বোধ হইল না। পরীক্ষায় রোগীর নাড়ী, শ্বাস-প্রশ্বাস, উত্তাপ, বক্ষ, পেট এবং স্নায়ুগুণীতে কোন বৈলক্ষণ্য পরিলক্ষিত হইল না। রোগীর মানসিক অবস্থা স্বাভাবিক, তবে কতকটা সন্ত্রস্ত ভাব। ফিটের বর্ণনাও রোগী বা রোগীর আত্মীয় স্বজনের নিকট উত্তমরূপে পাওয়া গেল না; বোধ হয় তাহার দেহ কিছু বক্রও হইয়াছিল। চৌরাল আবদ্ধ ছিল না। হয় হিষ্টরিয়ানা হয় দৃশ্যজনিত ফিট মনে করিয়া ব্রোমাইড মিক্সচারের

ব্যবস্থা করা হইল। পরদিন প্রভাতে রোগীর নাসিকার উপরস্থ কতের ক্রেপিং লইয়া আত্মবীক্ষণিক পরীক্ষা করা হইল, কালচার করা হইল এবং গিনিপিগে ইনজেক্টিউলেশন করা হইল; কিন্তু এই সমুদয় পরীক্ষার ফলে টিটেনাসের কোন প্রমাণ পাওয়া গেল না। রোগীকে সংজ্ঞাশূন্য করিয়া লাধার পাংচার করিয়া প্রায় ৩০ সি, সি, পরিমাণ সম্পূর্ণ স্বচ্ছ সেরিব্রোস্পাইন্ডাল ফ্লুইড নিষ্কাশিত করিয়া উহার সমপরিমাণ ম্যাটিটিট্যানিক সিরাম ইন্জেকসন দেওয়া হইল এবং সর্বসমেত মোট ২,০০০ ইউনিট সিরাম ইন্জেকসন তখনই প্রয়োগ করা হইল। বলা বাহুল্য, হস্পাতালে আগমনের পর হইতে রোগীর আর ফিট হয় নাই; দুই তিন দিন মধ্যে রোগী বাড়ী চলিয়া গেল। এই রোগীর জখমের পরে ফিট হইয়াছে; সুতরাং টিটেনাসের কথা সর্বপ্রথমে মনে হওয়া স্বাভাবিক। কিন্তু এস্থলে সাধারণ পরীক্ষা দ্বারা (সেরিব্রোস্পাইন্ডাল ফ্লুইড ও আত্মবীক্ষণিক পরীক্ষা ও কালচার করা হইয়াছিল) টিটেনাসের অস্থিৎ প্রমাণিত হইল না। এরূপস্থলে রোগীর বর্ণনার উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করিয়া নিজের রোগী পরীক্ষা শক্তির উপর আংশিক অনাহা স্থাপন করিলে ভ্রমে পতিত হইবার সম্ভাবনা হয় অধিক এবং সিরামের ফলে রোগ দমিত হইয়াছে মনে করিলে ভ্রমটা দূরীভূত হয় মাত্র। যেখানে সম্ভবপর, সেখানে বাবতীয় পরীক্ষার কোনটাও বাদ দেওয়া উচিত নহে এবং অর্থের যেখানে প্রাচুর্য্য সেখানে যথেষ্ট সিরাম প্রয়োগ করাও কর্তব্য।

৩য় রোগী ৪—এক মাস পূর্বেকার ঘটনা। রোগী জনৈক যুবক। ইহার মস্তকে লাঠির আঘাতে জখম হয় পরে উহা, সেপ্টিক অবস্থা প্রাপ্ত হইবার পর—মস্তকে আঘাত প্রাপ্তির ৮৯ দিন পরে ঐ যুবক পুনঃ পুনঃ ফিটে আক্রান্ত হইয়া অত্র হাস্পাতালে আনীত হয়। দারিদ্র্য, অজ্ঞতা ও তাক্ষল্য বশতঃ জখমের প্রাথমিক চিকিৎসা কালে এই ব্যক্তি সিরাম গ্রহণে অস্বীকৃত হয়। ইহার ফিট কঠোর না হইলেও সর্কাস্কণ্যাপী ছিল;

আক্ষেপের সময়ে দেহ ঈষৎ বক্র হইয়া উঠে কিন্তু ধনুকের
 তায় হয় না ; মুখমণ্ডল ও পেটের মাংসপেশী স্ন্যূত হইয়া
 উঠিলেও পরক্ষণেই শিথিলতা প্রাপ্ত হয়। চৌয়াল আবদ্ধ
 নহে। নাকী, শ্বাসগ্রন্থাস এবং দৈহিক তাপ স্বাভাবিক।
 বক্ষ পরীক্ষায় কোন বৈলক্ষণ্য পরিদৃষ্ট হইল না। রোগীর
 বমনেচ্ছা বিত্তমান এবং পেট ফাঁপা একটু ছিল।
 স্নায়ুমণ্ডলীতে কোন বিকৃতি দেখা গেল না। রোগীর
 জ্ঞানের কোন বৈলক্ষণ্য না থাকিলেও ত্রাসবশতঃ স কথ
 বলিতে রাজী ছিল না। ইহাকে অবিলম্বে ৩০০০ ইউনিট
 স্যাণ্ডিটটানিক সিরাম ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল। রোগীর
 আর ফিট হইল না ; কিন্তু পরবর্তী দুই তিন দিন সামান্য
 একটু জ্বর হইয়াছিল (২২ ডিগ্রি পর্য্যন্ত)। প্রথম দিন
 হাঁস্পাতালে ভর্তি হইবার পর রোগী কয়েকবার নীলবর্ণ
 তরল পদার্থ (বিকৃত পিত্ত) বমন করিয়াছিল। এস্থলে রোগী
 পাকস্থলীর তরুণ প্রদাহে (acute gastrity) ভুগিতেছিল—
 আমি এই সিদ্ধান্তে উপনীত হই। পাকস্থলীর অসাধারণ
 অস্থি—রোগী সজ্ঞাসিত অবস্থায় উপযুক্ত ভাবে প্রকাশ
 করিতে না পারায় সার্বসঙ্গিক আক্ষেপের উদ্ভব হইয়াছিল
 বলিয়া আমার ধারণা। ঔষধ পথ্যাদির সহায়তায় এবং
 বমনের পরে রোগীর অবস্থার উপশম ঘটতেই তাহার আর
 ফিট হয় নাই। এই রোগীর ফিট যে টিটেনাস জনিত নহে ;
 তাহা রোগী পরীক্ষার দ্বারাই প্রতিপন্ন হইয়াছিল।

চতুর্থ রোগী ৪:—রোগিণী দশম বর্ষীয়া বালিকা।
 এই বালিকাটি প্রায় দুই মাস কাল চিকিৎসাধীন ছিল।
 রাস্তায় গরুর গাড়ীর চাকার নীচে পড়ায় ইহার
 বাম পায়ে পাতার উপরিভাগ হইতে (dorsum of
 left foot) চর্ম ও অধঃবাচিক টাঁও সমূহ অস্থি
 হইতে স্থলিত হয়। পূর্কোক্ত রোগীর তায় এস্থলেও
 দারিদ্র্য, অজ্ঞতা ও তাচ্ছল্য বশতঃ স্যাণ্ডিটটানিক সিরাম
 প্রয়োগ করা যাইতে পারে নাই। কয়েক দিনের মধ্যে
 উক্ত ক্ষত অত্যন্ত সেপ্টিক হইয়া উঠিল—এমন কি, ঘটনার
 দশ বার দিন পরে স্থলিত চর্ম সম্পূর্ণরূপে পচিয়া প্লাফে
 পরিণত হইল (Became gangrenous and turned

into a slough)। প্লাফাটি কাটিয়া উঠাইয়া দেওয়া হইল।
 এই সময়ে হঠাৎ এক দিন প্রাতে রোগিণীর পিতামাতা
 বালিকাটি মুখ খুলিতে পারিতেছে না এবং তাহার বার বার
 ফিট হইতেছে। এই কথার উল্লেখ করিল। পরীক্ষা করিয়া
 দেখা গেল—তাহার জ্ঞানের কোন ব্যতিক্রম হয় নাই।
 মুখ খুলিতে বলিলে, সে কেবল মাত্র মুখ সিটকাইতে থাকে।
 সর্বাঙ্গে মধ্যে মধ্যে ঈষৎ আক্ষেপ হইতেছে দেখা গেল ;
 উহাতে দেহ কতকটা বক্র হইতেছিল ; পেটের মাংসপেশী
 দৃঢ় হইয়াছিল। স্নায়ুমণ্ডলী পরীক্ষায় বিশেষ কোন
 বৈলক্ষণ্য পরিলক্ষিত হইল না। মাংসপেশীর দৃঢ়তার
 নিমিত্ত জাহ্নু, স্ক্যাকল প্রভৃতির উন্নমন (Knee ankle and
 other jerks) উত্তমরূপে পরীক্ষা করা যায় নাই। কিন্তু
 উহার নিমিত্ত সময় নষ্ট করাও যুক্তিসঙ্গত বোধ হয় নাই।
 রোগটিকে বাস্তবিক টিটেনাস বলিয়া মনে হইয়াছিল এবং
 অবিলম্বে ৩০০০ ইউনিট স্যাণ্ডিটটানিক সিরাম ইঞ্জেকসন
 এবং পটাশ ব্রোমাইড ও ক্লোরাল হাইড্রেট মিক্সচার
 সেবন করিতে দেওয়া হয়। সেই দিন আরও কয়েকবার
 মাত্র ফিট হইবার পর উহা বন্ধ হইল। দুই তিন দিনের
 মধ্যে পেটের ও পায়ের মাংসপেশীর দৃঢ়তা কমিয়া গেল
 এবং চৌয়াল অতি সামান্য ফাঁক করা সম্ভবপর হইল।
 ক্রমে দশবার দিনের মধ্যে ক্রমবর্দ্ধনশীল পরিমাণে চৌয়াল
 উন্মুক্ত করা সম্ভব হইয়া উঠিল। দুই সপ্তাহের মধ্যেই
 বালিকা সম্পূর্ণ ভাবে মুখ খুলিতে পারিয়াছিল।

এস্থলে বালিকাটির প্রকৃত টিটেনাস হইয়াছিল বলিয়া
 আমার ধারণা। কিন্তু আক্রমণ মৃদু হওয়ায় একটা সিরাম
 ইঞ্জেকসনের পর হইতে রোগিণী ক্রমশঃ আরোগ্যের
 দিকে অগ্রসর হইয়াছিল।

উপরোক্ত ঘটনাগুলি হইতে দুইটা বিষয় উপলব্ধি
 করা যায়। প্রথম—কোন কোন ব্যাধি বাহ্যতঃ
 টিটেনাসের অধিকরণ করিতে পারে। দ্বিতীয়—
 টিটেনাসের আক্রমণ মাত্রই সাংঘাতিক হয় না।
 টিটেনাস সৰ্ব্বদা অধুনা কয়েকটা নূতন তথ্য আমাদের
 গোচরীভূত হইয়াছে। টাকা দিলে প্রায় বসন্ত হয় না এবং

হইলেও উহার আক্রমণ মৃদুই হইয় থাকে। ব্যাকটিট্যানিক সিরাম ইঞ্জেকসন প্রতিবেদক হিসাবে প্রয়োগ করিলে টিটেনাস হয় না ইহা জানা কথা। কিন্তু বিগত মহাসমরের সময়ে, সিরাম ইঞ্জেকসনের পরও মৃদু আকারে টিটেনাসের আক্রমণ পরিলক্ষিত হইয়াছে। টিটেনাস পীড়ার গুণাবস্থা (ইনকিউবেশন পিরিয়ড) সম্বন্ধেও কিছু কিছু তথ্য জানা গিয়াছে। এই সমুদয় বিষয় আশেচনার নিমিত্ত এই প্রবন্ধের অবতারণা।

সংজ্ঞা (Definition) :—“বাসিলাস টিটেনাস” নামক রোগজীবাণু অতি ক্ষুদ্রতম ক্ষত হইতে যে কোন প্রকারের ক্ষত অবলম্বন করিয়া দেহে প্রবিষ্ট হয়; তৎপরে এই জীবাণুজ বিষ (টক্সিন—*toxin*) ক্ষত হইতে সঞ্চারিত হইয়া কেন্দ্রীয় স্নায়ু মণ্ডলীকে আক্রমণ করে; ইহার ফলে দেহের ইচ্ছা-পরিচালিত (ভলান্টারী—*voluntary*) বাৎস পেণী সমূহের স্বাভাবিক টোন বা উত্তেজনা প্রবণতা বৃদ্ধি পায় বলিয়া পুনঃ পুনঃ সার্বসঙ্গিক আক্ষেপ উপস্থিত হয়।

জীবাণু তত্ত্ব (Bacteriology) :—টিটেনাস জীবাণুগুলি রেখাকৃতি এবং স্বল্প সঞ্চারণ শীল। ইহা সম্পূর্ণ বায়ুবিহীন স্থলে বৃদ্ধিপায় (*strictly anaerobic*)। ইহাদের রেখাকৃতি দেহের এক প্রান্তে গোলাকার ‘স্পোর’ বা ডিম্ব থাকে। ডিম্ব সমেত জীবাণুকে ঢোলক বাজাইবার ছড়ির জায় দেখায় বলিয়া উহাকে ইংরাজিতে “ড্রাম স্টিক” (*Drum stick*) এর জায় আকার বিশিষ্ট বলা হইয়া থাকে। টিটেনাসের স্পোর সহজে বিনষ্ট হয় না; পনের মিনিট কাল একাদিক্রমে ফুটন্ত জলে সিদ্ধ করিলে তবে ইহাদিগের বিনাশ সাধন করা যায়। অল্প কোন প্রকার জীবাণু এতক্ষণ ধরিয়া ফুটন্ত জলে বাঁচিয়া থাকিতে পারে না। এই নিমিত্তই অস্ত্রোপচার-উপলক্ষে যন্ত্রাদি অতি কম পনের মিনিট কাল ফুটন্ত জলে সিদ্ধ করিয়া বিশোধিত করা হইয়া থাকে। ডাক্তার-সম্পদ নামক জনৈক জীবাণুতত্ত্ববিদ ১৮৯১ সালে দুইটা টীপের নিম্ন টিটেনাস কাল্পচনের ডুবাইয়া লইয়া অন্যত্র

রাখিয়া দেন এবং পরে ১৯০২ সালে (১১ বৎসর পরে) উহার একটি হইতে এবং ১৮৯৯ সালে (১৮ বৎসর পরে) অপরটা হইতে তীক্ষ্ণ শক্তিশালী (*Virulent*) জীবাণু উদ্ধার করেন। এই পরীক্ষা হইতে টিটেনাস স্পোরের দীর্ঘায়ু ও অবিনশ্বরতা সম্বন্ধে অনেকটা ধারণা করা যায়। গ্রাম নামক রঞ্জক পদার্থ দ্বারা ইহাদিগকে রঞ্জিত করিতে পারা যায় বলিয়া ইহাদিগকে গ্রামপজিটিভ বলা হয়। টিটেনাস জীবাণু বহু অখের ৫ অন্যান্য তৃণভোজী প্রাণীর ক্ষয়ের মধ্যে সাধারণতঃ বসবাস করে এবং উহাদের মলের সহিত নির্গত হইয়া কর্ষিত ক্ষেত্রের মধ্যে এবং রাস্তার ধূসায় পরিব্যাপ্ত হইয়া পড়ে। টিটেনাস জীবাণু দূষিত ধূলাবালি বা অন্য কোন পদার্থ দেহের কোন ক্ষত স্থলের সংস্পর্শে আসিলে, তৎকাল আঘাতপ্রাপ্ত টীণ্ড হইতে অন্যান্য জীবাণু অগ্নিজেন নিঃশেষ করিয়া ফেলে বলিয়া উৎকৃষ্ট ব্যয়শূন্য ক্ষেত্রের সৃষ্টি হয় এবং সেখানে ইহার (টিটেনাস জীবাণু সমূহ) সহজেই বৃদ্ধিত হইতে পারে। টিটেনাস জীবাণু দূষিত বাহিরের কোন বস্তু ক্ষতস্থলের মধ্য দিয়া দেহের গভীরতর টীণ্ডর মধ্যে প্রবিষ্ট হইলে জীবাণুজ বিষ দ্বারা টিটেনাস রোগের উৎপত্তি হইতে পারে—জীবাণুর অনিকতর সংখ্যা বৃদ্ধির আবশ্যক নাও হইতে পারে। সাধারণতঃ মাঠে, বাটে বা রাস্তায় পায়ে কাটা প্রেক্ষ অল্প কিছু বিক্ষিপ্তে কিম্বা কোন স্থান ছড়িয়া গেলে, দলিত, পেষিত হইলে টিটেনাস রোগের উৎপত্তি হইতে দেখা যায়। গভীর জখমের মধ্যে টিটেনাস দূষিত কাঠ, কাপড়, প্রভৃতির ক্ষুদ্র টুকরা থাকিয়া গেলে এই ব্যাধি উৎপত্তির অধিকতর সম্ভাবনা হয়। কুইনিই ইঞ্জেকসনের পর টিটেনাস উৎপত্তি হইবার ঘটনা কখনও কখনও শুনা গিয়া থাকে। কুইনিই দ্রবে অথবা সিরিঞ্জ কিম্বা নিডলে টিটেনাস স্পোর হয়ত বিস্তারিত থাকে এবং উহা সম্পূর্ণভাবে বিশোধিত হয় না বলিয়া ইঞ্জেকসনের পর টিটেনাসের উৎপত্তি হয়। প্রসবাস্তে প্রসবপথ ও জরায়ুর ক্ষত অবলম্বন করিয়া টিটেনাস জীবাণু দেহে প্রবিষ্ট হয় বলিয়া কখনও কখনও টিটেনাস হইয়া থাকে। কাণের পূজের রোগীর কাণের

মধ্যস্থ ক্ষত টিটেনাস জীবাণু দূষিত হইবার ফলে টিটেনাসের উৎপত্তি হইয়া থাকে। অবশ্য প্রসবাস্তিক ফিট এবং কাণের পুঁজের রোগীর ফিট—টিটেনাসের ফিটের সদৃশ হইলেও, উহা যে নিশ্চিতই টিটেনাসজনিত, এরূপ সিদ্ধান্তে হঠাৎ উপনীত হওয়া উচিত নহে। অস্ত্রচিকিৎসার পরও সময়ে সময়ে টিটেনাসের আক্রমণ দেখা দিয়াছে। এরূপ স্থলে টিটেনাস-জীবাণু-দূষিত কাটাগ্যাট ব্যবহারের ফলে রোগোৎপত্তি হইয়াছে বলিয়া মনে করা হয়। দেহের কোন স্থান দৃষ্ট হইবার পর উহা অবলম্বন করিয়া টিটেনাস-জীবাণু দেখে প্রবিষ্ট হইয়া রোগোৎপত্তি করিতে পারে। কদাচ দেহের কোন স্থলে কোন প্রকার ক্ষত না থাকা সত্ত্বেও, টিটেনাসের আক্রমণ দেখা যায়।

আমাদের দেশের অশিক্ষিতা ধাত্রী বা ধাই মায়েরা যেখান সেখান হইতে বাশের পাতলা ‘চ্যাচাড়ী’ বা ছাল উঠাইয়া লইয়া তদ্বারা সত্ত্বজাত শিশুর নাড়ী কাটা সম্পন্ন করেন। অনেক স্থলে টিটেনাস জীবাণু-দূষিত চ্যাচাড়ী ব্যবহৃত হয় বলিয়া, ইহার ফলে, পাড়াগায় শিশুদিগের মধ্যে ধনুষ্ঠকার পীড়ার প্রাবল্য দেখা যায়। আবার সমধিক দুঃখের বিষয়—সদাজাত শিশুর এই ধনুষ্ঠকার “পেঁচোয় পাওয়া” বলিয়া ভূতের রোজার দ্বারা চিকিৎসা করান হয়। এই চিকিৎসার ফল যাহা হয়, সহজেই তাহা অনুমেয়। এইরূপ কুসংস্কার এবং অজ্ঞতার বিষয় ফলে কত শিশু যে, সূতিকাগারেই মৃত্যুমুখে পতিত হয়, তাহার ইয়ত্তা নাই। অধুনা রোগজীবাণু বর্জিত কাঁচি দ্বারা নাড়ী কাটা হয় বলিয়া সহরে—শিক্ষিত সমাজে শিশুদের মধ্যে ধনুষ্ঠকার পীড়ার উৎপত্তি কম হইয়াছে। নাড়ীটি পড়িয়া যাইবার পর নাড়ীতে যে কাঁচা বা থাকিয়া যায়, উহা কোন প্রকারে টিটেনাস-জীবাণু দূষিত হইবার ফলে, কখন কখনও টিটেনাসের আক্রমণ হইতে দেখা যায়।

টিটেনাসের টক্সিন বা বিষ অতি সাংঘাতিক পদার্থ। ইহা স্ত্রীকনি অপরেকা বার ভের গুণ তেজস্কর। টিটেনাস জীবাণুর অবর্তমানে কেবল মাত্র টক্সিন দ্বারাই রোগের

সমুদয় লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে। এই টক্সিন দেখে প্রবেশমাত্রই রোগলক্ষণ প্রকাশ পায় না। মাংসপেশী মধ্যে স্নায়ুর প্রান্তস্থ এণ্ডোপ্লেট (end plate) দ্বারা শোষিত হইয়া টক্সিন স্নায়ু অবলম্বন করিয়া স্পাইন্ডাল কর্ড ও মেডুলায় পৌঁছিলে রোগলক্ষণ প্রকাশ পায়।

লক্ষণাবলী (Symptoms) ১—টিটেনাসের সম্পূর্ণ চিত্র অঙ্কিত করা সুকঠিন ব্যাপার। ইহার কারণ এই যে, সাধারণ টিটেনাস বলিতে যে লক্ষণ সমূহের চিত্র আমাদের মানসপটে উদ্ভিত হয়, প্রতিরোধ করে সিরাম ব্যবহারের পর এই ব্যাধির তদপেক্ষা অন্যান্য মৃদুতর এবং পরিবর্তিত চিত্রের আবির্ভাব হইয়া থাকে। আবার সময়ান্তরে অস্বাভাবিক (atypical) বা অসাধারণ প্রকৃতির ব্যাধির আক্রমণও দেখা যায়। সেই জন্য বর্ণনার সৌকর্য্যার্থে এই ব্যাধিকে বিভিন্ন নামে বিভক্ত করিয়া, পর পর উহাদের বিভিন্ন লক্ষণাবলীর বর্ণনা করা হইবে। বলা বাহুল্য, অবস্থাবিশেষে এই শ্রেণী বিভাগ পরিবর্তিত হইতে পারে।

(১) সার্বসাম্প্রদায়িক টিটেনাসের তরুণ আক্রমণ (Acute general tetanus) :—সাধারণতঃ টিটেনাস বলিতে এই শ্রেণীর ব্যাধিকে বুঝায় এবং ইহাই অপেক্ষাকৃত অধিক মাত্রায় সর্বত্রই প্রাদুর্ভূত হইয়া থাকে।

রোগ নিবারণ করে স্যাটিটটানিক সিরাম ইঞ্জেক্সন দেওয়া না হইলে, সাধারণতঃ এই শ্রেণীর অপরিবর্তিত টিটেনাসের গুপ্তাবস্থা সাত হইতে দশ দিন কাল। শতকরা ৮০টি রোগীতে ইহা দুই সপ্তাহের মধ্যেই শেষ হয়। কোন কোন স্থলে এই গুপ্তাবস্থা (ইনকিউবেশন পিরিয়ড) ১৮ ঘণ্টার মধ্যেও পরিসমাপ্ত হইয়া থাকে। ইনকিউবেশন পিরিয়ড যতই অল্পকাল স্থায়ী হয়, ততই রোগের আক্রমণ প্রচণ্ড হইয়া থাকে, আবার কখনও কখনও ইনকিউবেশন পিরিয়ড সুদীর্ঘ কয়েক সপ্তাহ ব্যাপী হইতে দেখা যায়। রোগের অন্তিমাবস্থায় (Prodromal stage) অর্থাৎ, প্রকৃত টিটেনাসের লক্ষণ; যথা—লক-জ বা চোয়ালের আবদ্ধতা আরম্ভ হইবার পূর্বে,

এক দিনের নিমিত্ত আঙ্গুরিক লক্ষণ সমূহ (Prodromal symptoms) প্রকাশ হইতে পারে। অস্থিরতা, বিরক্তি, ভীতি, অনিদ্রা, বর্ষ্য নিঃসরণ, দৃষ্টিশক্তির বৈলক্ষণ্য, শিরোগুর্ন, প্রবণ শক্তির প্রাথমিক, মাংসপেশীতে খিল লাগা (Cramps) ও পরস্পর অঙ্গগামী ধীরগতি সম্পন্ন আক্ষেপ এবং মুখমণ্ডলে ভাবের পরিবর্তন ইত্যাদি লক্ষণ সমূহ প্রকৃত রোগ আবির্ভাবের পূর্বে আঙ্গুরিক অবস্থায় পরিণত হইতে পারে।

টিটেনাস ব্যাধির সর্বপ্রথম এবং বিশিষ্ট লক্ষণ—চৌয়ালের (lock-jaw) আবদ্ধতা, গলার মাংসপেশীর দৃঢ়তা অথবা চৌয়ালের মাংসপেশীর দৃঢ়তার বিষয় রোগী সর্বপ্রথমে বর্ণনা করিয়া থাকে এবং সঙ্গে সঙ্গে চৌয়াল আবদ্ধ হওয়া বশতঃ চর্বণে অসুবিধা ও চোক গিলিতে কষ্ট অনুভূত হয়। চৌয়াল এবং মুখের মাংসপেশী সমূহের দৃঢ়তা ও আক্ষেপের নিমিত্ত মুখের চেহারার ও ভাবের পরিবর্তন পরিলক্ষিত হয়। কোন কোন রোগীর ক্রয়ুগল উর্দ্ধদিকে কুঞ্চিত, মুখের কোণের পার্শ্বের দিকে প্রসারিত; দেখিলে মনে হয়—যেন লোকটা মুখ সিটকাইয়া রহিয়াছে; ইংরাজীতে ইহাকে সার্ডনিক গ্রিন (sardonic grin) বা Rigns sardonicus বলে। আবার কোন কোন রোগীর ওষ্ঠদ্বয় স্ফূট ভাবে আবদ্ধ, আক্ষেপসময় পরস্পর হইতে দূরে বা সরিকটে অবস্থিতি করিতে পারে। পূর্বেই উক্ত হইয়াছে যে, চৌয়ালের আবদ্ধতা টিটেনাসের সর্বপ্রথম লক্ষণ; কখনও কখনও ইহা রোগের সূত্রপাতের অব্যবহিত পরেই দেখা যায়। টিটেনাসে চৌয়ালের আবদ্ধতার জন্য সম্পূর্ণ অস্বস্তি অতিশয় বিস্তারিত। চৌয়ালের আবদ্ধতার সঙ্গে সঙ্গে দেহের সর্বত্রই ইচ্ছাকৃত মাংসপেশী সমূহের টোনের বৃদ্ধি পরিলক্ষিত হয়; পেটের মাংসপেশী সমূহ দৃঢ় হইয়া উঠে; শ্বাসপ্রশ্বাসও কঠিন ও বাধা প্রাপ্ত হয়, উহা প্রধানতঃ ডায়াফ্রাম নামক মাংসপেশীর সাহায্যে সম্পন্ন হইতে থাকে এবং আঘাতে আঙ্গুর উল্লঙ্ঘনও বৃদ্ধি পায় (kneejerks increased) উপমোহিত লক্ষণ সমূহের আবির্ভাবের কিয়ৎকাল পরে মাংসপেশীতে দীর্ঘস্থায়ী বক্রাঙ্গারক পৌনঃপৌনিক আক্ষেপ প্রকটিত হয়। এই আক্ষেপ দেহের সর্বত্রই মাংসপেশী

সমূহকে অথবা অঙ্গবিভেদের মাংসপেশী সমষ্টিকে আক্রমণ করিতে পারে। আক্ষেপগুলি সাধারণতঃ প্রচণ্ডই হইয়া থাকে এবং ইহাদের ফলে, দেহ বিভিন্ন প্রকারের অদ্ভুত আকার ধারণ করে এবং ইহাদের পয়ে রাগী ক্লান্ত, অবসন্ন, বর্ষ্যাক্ত কলেবর এবং লাগাত হইয়া পড়ে। আক্ষেপের কালে কোন এক সমষ্টি মাংসপেশী সমূহের সঙ্কোচন প্রবলতর হইবার ফলে, রোগীর দেহ পশ্চাদিকে বক্র (opisthotonus) বা সম্মুখের দিকে বক্র (emprosthotonus) কিম্বা পার্শ্বের দিকে বক্র (pleurothotonus) হইয়া উঠে। দেহের পশ্চাদিকে বক্রতা প্রাপ্তিই টিটেনাস ব্যাধিতে সাধারণতঃ দেখিতে পাওয়া যায়; কিন্তু দেহের সম্মুখের দিকে অথবা পার্শ্বের দিকের বক্রতা অপেক্ষাকৃত বিরল। আবার কখন কখন দেহ ও অঙ্গপ্রত্যঙ্গ সটান লম্বমান অবস্থায় দৃঢ়ভাবে থাকে; ইহাকে orthotonus বলা হইয়া থাকে। প্রচণ্ড আক্ষেপের সময় বক্র সমুচিত, শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত এবং স্বরবয়ের আক্ষেপ বশতঃ শ্বাস রোধ ঘটে। আক্ষেপের সময় অতি যন্ত্রণাদায়ক বেদনার অনুভব হয়; রোগী যেন চতুর্দিক হইতে নিশিষ্ট হইতেছে, তাহার এরূপ মনে হয় এবং তাহার আর বাক্যানিঃসরণের ক্ষমতা থাকে না। সাধারণতঃ তাহার সর্বত্র ঘর্ষে আশ্রিত হয়। পেটের মাংসপেশী সমূহের সঙ্কোচনের ফলে পেটের অভ্যন্তরস্থ চাপ অসাধারণ মাত্রায় পরিবর্দ্ধিত হয়; এতদ্বারা রোগী অনিচ্ছায় বা অসাড় মলমূত্র ত্যাগ করে। প্রত্যেক আক্ষেপের স্থায়ীকাল সমান নহে; ইহা কখনও দীর্ঘতর, কখনও স্বল্পস্থায়ী হইয়া থাকে। একটি আক্ষেপ এবং পরবর্তী আর একটি আক্ষেপ, এই উভয়ের মধ্যবর্তী কালে দেহ সম্পূর্ণ শিথিল হয় না; বরং মাংসপেশীর টোনের আধিক্য (muscular hypertonus) সমভাবেই চলিতে থাকে। পরস্পর অঙ্গগামী আক্ষেপসময়ের মধ্যবর্তী কালে রোগীর গলদেশ ও পৃষ্ঠ উভয় প্রসারিত এবং মুখমণ্ডলে নির্দিষ্ট ভাবের প্রতিচ্ছবি অঙ্কিত থাকে। বাহ্যিক পদদ্বয় অপেক্ষা

শিথিলতর বোধ হয়। টোয়াল আবদ্ধ থাকার নিমিত্ত এবং ফ্যারিজিয়ার মাংসপেশী সমূহের আক্ষেপের নিমিত্ত রোগীর মুখমধ্যে পথ্য প্রবেশ করান হ্রস্ব হইয়া পড়ে এবং রোগীও গলাধঃকরণ কালে অন্ত্রবিধা বোধ করে। অতি সামান্য উত্তেজনাতেও আক্ষেপের উদ্রেক হয়। রোগীকে খাওয়াইবার চেষ্টা করিলে—এমন কি, হঠাৎ উচ্চ শব্দ করিলে কিবা চক্ষু উজ্জল আলোক রশ্মিপাতেও আক্ষেপের পুনরাবির্ভাব হইতে দেখা যায়। রোগের সকল অবস্থাতেই রোগীর মানসিক অবস্থা সম্পূর্ণ স্বাভাবিক থাকে। রোগীকে সতর্ক এবং নিদ্রাহীন অবস্থায় থাকিতে দেখা যায়।

আক্ষেপের সময়ে রোগীর শ্বাসপ্রশ্বাস রোধের বিশেষ সম্ভাবনা থাকে। শ্বাসপ্রশ্বাস সম্পর্কীয় মাংসপেশী সমূহের টোনের আধিক্য (hypertonus) হেতু শ্বাসপ্রশ্বাসে বাঁ এবং আক্ষেপের সময় শ্বাসপ্রশ্বাস একেবারে বন্ধ হইয়া যাওয়ায় রোগী নীলাভ হইয়া পড়ে এবং শ্বাস রোধ হয়। টিটেনাসের প্রচণ্ড আক্রমণে শ্বাসরোধ মৃত্যুর অন্ততম কারণ হয়। এতদ্ব্যতীত এই ব্যাধিতে জ্বপিশুণ্ডের উপরও বিশেষ চোট পড়ে; বিশেষতঃ আক্ষেপের সময়। ক্রমাগত পাঁচ সাত দিন ধরিয়া আক্ষেপ সহকারে রোগ চলিতে থাকিলে, রোগী জ্বপিশুণ্ডের ক্রিয়া লোপ (Heart failure), ফুসফুসে রসসঞ্চয় (pulmonary edema), অনিদ্রা, পথ্যগ্রহণে অসামর্থ্য প্রভৃতি কারণে মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারে। এই ব্যাধিতে সাধারণতঃ জ্বর দেখা যায় না, তবে মধ্যে মধ্যে সামান্য জ্বরও হইতে পারে। কিন্তু রোগ মারাত্মক হইয়া উঠিলে মৃত্যুর পূর্বে উত্তাপাধিক্য পরিদৃষ্ট হইয়া থাকে।

সার্বাস্থিক আক্ষেপযুক্ত টিটেনাসে পূর্বে সিরাম প্রয়োগ করা না হইলে, শতকরা ৭৫ হইতে ৯০ জন রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। দূষিত ক্ষতের ৭৫ ও ৯০ অংশের মৃত্যুর হারের হ্রাসবৃদ্ধি হয়। সাংঘাতিক আক্রমণ সমূহে শতকরা ৫০ জনের অধিক রোগী রোগাক্রমণের চার পাঁচ দিনের মধ্যে মৃত্যুমুখে পতিত হয়। কোন রোগী দশ বা উহা অপেক্ষা অধিক দিন টিকিয়া গেলে, তাহার বাঁচিবার

সম্ভাবনাই অধিক; কিন্তু দশ দিন বা ততোধিক কাল রোগে ভুগিবার পর প্রত্যেক রোগীই যে আরোগ্য লাভ করিবে—এরূপ ধারণা করা উচিত নহে। কোন কোন স্থলে রোগ এক মাস কিবা দুই মাস কাল পর্যন্ত স্থায়ী হয়; এরূপ ক্ষেত্রে রোগী প্রায়ই আরোগ্য লাভ করে। রোগারম্ভের অব্যবহিত পরে সিরাম প্রয়োগ করিলেও মৃত্যুর হার শতকরা ৭০ জন হইয়া থাকে। সুবিধাজনক স্থলে আক্ষেপের সংখ্যা ও উগ্রতা ধীরে ধীরে হ্রাস হইলে, দেহের মাংসপেশী সমূহের টোনের আধিক্য কমিয়া যায় এবং পেশীগুলি ক্রমশঃ শিথিল হইয়া যায়। রোগের প্রথম লক্ষণ টোয়ালের আবদ্ধতঃ কিন্তু সর্বশেষে অদৃশ্য হইয়া থাকে।

(২) স্থানিক টিটেনাস (Local tetanus) —
কেফালিক টিটেনাস (cephalic tetanus) বা মস্তকের টিটেনাস :—মুখমণ্ডল, মস্তক বা গলার জখম বা ক্ষত টিটেনাস-জীবাণু-দূষিত হইলে, ঐ জীবাণুজ বিব উপরোক্ত স্থান সমূহে অবস্থিত ইচ্ছা-পরিচালিত স্নায়ু বর্গা—ফেসিয়াল নার্ভ (মুখমণ্ডলস্থ স্নায়ু—facial nerve), অকিউলো মটর কিবা হাইপোগ্লসাল নার্ভ (occulo-motor nerve or Hypoglossal nerve) অবলম্বন করিয়া মধ্যমস্তিকে (মিডব্রেনে) উপনীত হয়। ইহার ফলে, জখমের সন্নিহিত স্থলে মস্তকের স্থান বিশেষে আক্ষেপের আবির্ভাব হইয়া থাকে। মস্তকের যে দিকে জখম অবস্থিত, আক্ষেপ কেবলমাত্র সেই দিকেই সীমাবদ্ধ থাকিতে পারে; অথবা জখমের বিপরীত দিকে মস্তকে এবং গলদেশে, অথবা সর্বদিকে, আক্ষেপ বিস্তার লাভ করিতে পারে। মস্তকের টিটেনাসের একটা বিশেষত্ব অনেক স্থলে পরিলক্ষিত হইয়া থাকে। মস্তকের টিটেনাসে যে মাংসপেশী সমষ্টি সর্বপ্রথমে আক্রান্ত হয়, সেইগুলিকে সাধারণতঃ পক্ষাঘাতগ্রস্ত হইতে দেখা যায়। টিটেনাসের বিব ফেসিয়াল নার্ভ অবলম্বন করিয়া মধ্য মস্তিকের দিকে প্রসারিত হইলে চক্ষু গোলকের মাংসপেশীর পক্ষাঘাত (ophthalmoplegia) এবং চক্ষু পরবের পক্ষাঘাত

(optosis) পরিদৃষ্ট হয়। কখনও কখনও মস্তকের এক পার্শ্বের মাংসপেশী সমষ্টির পক্ষাঘাত এবং অপর পার্শ্বে দীর্ঘস্থায়ী আক্কেপ (tetanic spasm) অথবা পরস্পর অল্পগামী স্থূল কম্পনও (clones) দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। আবার কখনও শিথিল অবসাদগ্রস্ত (flaccid) মাংসপেশীর সমষ্টিতেও আক্কেপ দেখা যায়। মস্তকের টিটেনাসেও চৌম্বালের আবদ্ধতা এবং ল্যারিংস ও ফ্যারিংজে আক্কেপ উপস্থিত হয়।

(২) আভ্যন্তরিক যন্ত্রসমূহের টিটেনাস (Splanchnic tetanus):—বক্ষ বা পেট ছিদ্রকারী (penetrating) জখম টিটেনাস জীবাণু-দূষিত হইলে ক্রমগতিতে মারাত্মক টিটেনাসের আবির্ভাব হয়। এই জাতীয় টিটেনাসে চৌম্বালের আবদ্ধতা বিद्यমান থাকে। শ্বাসপ্রশ্বাস ও গলাধঃকরণের মাংসপেশী সমূহ আক্কেপগ্রস্ত হয়, কিন্তু হস্তপদ এবং দেহের অন্যান্য মাংসপেশী সমূহ অপেক্ষাকৃত অল্পমাত্রায় আক্রান্ত হইয়া থাকে। ইহাতে শ্বাসরুদ্ধ হইয়া মৃত্যুর সম্ভাবনা থাকে।

(৩) সিরাম প্রয়োগ দ্বারা মন্দীভূত টিটেনাস (Modified tetanus):—টিটেনাস ব্যাধির প্রতিরোধার্থে স্যানিটাইজিং সিরাম প্রয়োগ সমধিক প্রচলিত হইবার পূর্বে মূঢ় আকারের এবং দীর্ঘস্থায়ী টিটেনাস কখনও কখনও দেখা যাইত। কিন্তু টিটেনাসের প্রতিরোধক হিসাবে এবং চিকিৎসার্থ সিরামের ব্যবহার বৃদ্ধি পায় এক প্রকার মন্দীভূত টিটেনাসের আক্রমণ বৃদ্ধি পাইয়াছে। সিরাম প্রয়োগের ফলে, রোগের প্রাদুর্ভাব ও গতি বহুল পরিমাণে পরিবর্তিত হইয়াছে। সিরাম প্রবর্তনের ফলে টিটেনাসের প্রাদুর্ভাব অত্যধিক পরিমাণে কমিয়াছে, রোগের আক্রমণও যথেষ্ট মন্দীভূত এবং মৃত্যুর হারও অনেকটা হ্রাস হইয়াছে। অপরিবর্তিত টিটেনাসের ইনকিউবেশন পিরিয়ড (গুপ্ত অবস্থা) সাত হইতে দশ দিন কাল, ইহা পূর্বেই উক্ত হইয়াছে। কিন্তু সিরাম প্রয়োগ দ্বারা মন্দীভূত

টিটেনাসের ইনকিউবেশন পিরিয়ড (গুপ্ত অবস্থা) তিন সপ্তাহ হইতে দুই মাস বা ততোধিক কাল।

মন্দীভূত টিটেনাসের আক্রমণ সাধারণতঃ মূঢ় হইয়া থাকে এবং উহার পরিণামও প্রায় শুভ হইতে দেখা যায়। ইহাতে আক্কেপগুলি অপেক্ষাকৃত মূঢ় এবং সংখ্যায় স্বল্পতর হইয়া থাকে। অধিকাংশস্থলে দূষিত ক্ষতের সন্নিহিত স্থলের মাংসপেশী সমষ্টি আক্কেপগ্রস্ত হইয়া স্থায়ী আক্কেপ অথবা পৌনঃপৌনিক স্থূল কম্পন (tetanic or clonic spasm) উপস্থিত হয়। স্থানিক আক্কেপ আবির্ভূত হইবার সঙ্গে সঙ্গে চৌম্বালের আবদ্ধতা, জাল প্রভৃতিতে অধিকতর উল্লক্ষন এবং পেটের মাংসপেশীর দৃঢ়তা প্রভৃতি টিটেনাসের অন্যান্য লক্ষণ সমূহ প্রকাশ পায়। চিকিৎসা দ্বারা স্থানিক আক্কেপের নিবৃত্তি হইতে পারে; আবার স্থান বিশেষে চিকিৎসা কালেই স্থানিক আক্কেপ সার্বসঙ্গিক আক্কেপে পরিণত হইতে পারে। মন্দীভূত টিটেনাসে চৌম্বালের আবদ্ধতা অধিক প্রবল হয় না এবং চিকিৎসার নিমিত্ত সিরাম প্রয়োগের পর উহা অতি শীঘ্র অদৃশ্য হয়। তবে মন্দীভূত টিটেনাসে চৌম্বালের আবদ্ধতা যে একেবারেই দেখা যায় না, এরূপ ঘটনা বিরল। মাংসপেশী সমষ্টির স্থায়ী আক্কেপ একাদিক্রমে কয়েক সপ্তাহকাল বিद्यমান থাকিতে পারে এবং সহজে চিকিৎসা দ্বারা দমিত হয় না। জীবাণু-দূষিত ক্ষতের সন্নিহিত পেশী সমষ্টি হঠাৎ পুনঃ পুনঃ ইচ্ছার বশীভূত না হইয়া সঞ্চালিত হইতে থাকিলে এবং তাহারই ফলে, মুখের চেহারা মুহূর্তের নিমিত্ত পুনঃ পুনঃ বিকটাকার ধারণ করিতে থাকিলে অথবা কোন একটা অঙ্গ পুনঃ পুনঃ সঞ্চালিত হইতে থাকিলে এবং পরস্পর অল্পগামী সন্ধোচনের অন্তর্কর্তীকালে আক্কেপযুক্ত পেশীগুলি সম্পূর্ণ শিথিল না হইয়া হাইপার টোনাস অবস্থায় থাকিলে এবং আক্কেপগ্রস্ত পেশীসমূহের সন্নিহিত অন্যান্য পেশীগুলিও কতকটা দৃঢ় হইয়া থাকিলে, এই সমস্ত লক্ষণ যে, টিটেনাসের নিমিত্ত, উৎপন্ন হইয়াছে; ইহা স্বতঃই মনে উদ্ভিত হয়।

(৫) টিটেনাস নিওনেটোরাম (Tetanus Neonatorum)—সত্ত্বজাত শিশুর টিটেনাস :—
ইহাকে স্বতন্ত্রভাবে আলোচনা করিবার বিশেষ কোন সার্থকতা না থাকিলেও, আমাদের দেশের বহু সত্ত্বজাত শিশু এই ব্যাধিতে আক্রান্ত হইয়া অকালে প্রাণ হারায়। অথচ এই ব্যাধির উৎপত্তি সম্পূর্ণরূপেই নিবারণিত হইতে পারে। সন্তান ভূমিষ্ট হইবার পর নাড়ী কাটিবার সময় যথোপযুক্ত সাবধানতা অবলম্বন করিলে, এই ব্যাধির আক্রমণ ঘটে ন। কিন্তু টিটেনাসে জীবাণু-দূষিত বাশের টেঁচাড়ি বা কাঁচি দ্বারা নাড়ী কাটিবার ফলে, উহা টিটেনাস জীবাণু-দূষিত হইলে, রোগের আক্রমণ ঘটয়া থাকে। নাড়ী কাটিবার দিন হইতে দশ দিনের মধ্যে রোগের লক্ষণ উপস্থিত হয়। চোয়ালের আবদ্ধতা, ক্রন্দনে ও পথ্য গ্রহণে অক্ষমতা প্রভৃতি লক্ষণাবলী সর্বপ্রথমে পরিলক্ষিত হইয়া থাকে এবং ইহার সঙ্গেই সার্কাস্টিক আক্কেপ পরিদৃষ্ট হয়। এই জাতীয় টিটেনাস যে অতিশয় মারাত্মক, তাহাতে আর সন্দেহ নাই।

নির্ণায়ক রোগ-নির্ণয় (Differential diagnosis) :—তরুণ সার্কাস্টিক টিটেনাস চিনিয়া উঠা সর্বদা শক্ত হয় না; কিন্তু রোগের অতি প্রারম্ভে বা রোগের অন্তর্যবস্থায় লক্ষণ সমূহ রোগনির্ণয় উপলক্ষে বিশেষ কাজে আসে না। কিন্তু কোন স্থানিক কারণ ব্যতিরেকে চোয়ালের আবদ্ধতা জন্মিলে, উহাকে বিশেষ মূল্যবান লক্ষণ মনে করিয়া যথেষ্ট বহু সহকারে রোগী পরীক্ষা করা আবশ্যক। এই সময়ে প্রতিঘাতে জাহুর উল্লক্ষন বৃদ্ধি এবং দেহস্থ মাংসপেশীর টোন বৃদ্ধি পাইলে রোগ নির্ণয়ে সহায়তা হয়। সার্কাস্টিক আক্কেপ আবির্ভূত হইবার পূর্বে বা সার্কাস্টিক আক্কেপ দেখা দিলে ও চোয়ালের আবদ্ধতা এবং সার্কাস্টিক পেশী সমূহের হাইপারটোনাস বিদ্যমান থাকিলে রোগী টিটেনাস আক্রান্ত হইয়াছে, এইরূপ ধারণার বশীভূত হওয়া খাইতে পারে।

যেনজাইটীসে গলদেশের মাংসপেশী সমূহের আক্কেপ

পরিলক্ষিত হইতে পারে। কিন্তু এই ব্যাধিতে চোয়াল আবদ্ধ হয় না এবং ইহাতে সেরিব্রোস্পাইন্ডাল ফ্লুইডের পরিবর্তন ঘটতে দেখা যায়।

ষ্ট্রীকনিং পয়জনিং এর (ষ্ট্রীকনিং দ্বারা বিযাক্ততা) আক্কেপ টিটেনাসের আক্কেপের অনুরূপ হইলেও উভয়ের মধ্যে কিছু কিছু পার্থক্য পরিদৃষ্ট হয়। ষ্ট্রীকনিং পয়জনিংএ পরস্পর অনুরূপী আক্কেপদ্বয়ের মধ্যে পেশী সমূহের সম্পূর্ণ শিথিলতা বিদ্যমান থাকে; আক্কেপগুলি ইঠাৎ প্রচণ্ড হইয়া থাকে; চোয়ালের আবদ্ধতা বিদ্যমান থাকে না এবং টিটেনাস অপেক্ষা ইহাতে হস্ত এবং পদদ্বয় অধিক পরিমাণে আক্কেপগ্রস্ত হইয়া থাকে। হাইড্রোফোবিয়া বা জলাতঙ্ক ব্যাধিতে গলদেশ, ল্যারিংস ও ফ্যারিংস এর মাংসপেশী সমূহ আক্কেপগ্রস্ত হয় বলিয়া ইহা কোন কোন প্রকার টিটেনাসের সদৃশ হইয়া থাকে; কিন্তু ইহাতেও আক্কেপের পরবর্তী কালে আক্কেপগ্রস্ত পেশীসমূহ সম্পূর্ণ শিথিল হইয়া থাকে জলাতঙ্ক ব্যাধিতে চোয়াল আবদ্ধ হয় না।

মন্দীভূত টিটেনাস চিনিয়া উঠা দুঃসাধ্য ব্যাপার। জীবাণু-দূষিত ক্ষতের নিকটবর্তী স্থানের মাংসপেশী সমূহ স্থায়ী আক্কেপগ্রস্ত হইলে অথবা পৌনঃপৌনিক ক্ষণস্থায়ী আক্কেপগ্রস্ত হইলে, টিটেনাসের আক্রমণের কথা মনে করাই উচিত। টিটেনাসজনিত স্থানিক আক্কেপের সঙ্গে সঙ্গে চোয়ালের আবদ্ধতা, গলাধঃকরণে অন্ত্রবিধা, পেটের মাংসপেশী সমূহের দৃঢ়তা এবং জাগু প্রতিঘাতজনিত উল্লক্ষনের পরিমাণ বৃদ্ধি (increased reflexes) প্রভৃতি সার্কাস্টিক টিটেনাসের লক্ষণ সমূহ বিদ্যমান থাকিলে, অবশ্যই রোগ-নির্ণয়ে বিশেষ সহায়তা হয়। স্বল্পদেশের সন্নিহিত ক্ষত টিটেনাস জীবাণু-দূষিত হওয়ার ফলে স্থানিক আক্কেপ টটিকলিস (torticollis—মস্তকের বক্রতাসহ গলদেশের মাংসপেশীর আক্কেপ বা সংকোচন) জনিত স্থায়ী অথবা পৌনঃপৌনিক ক্ষণস্থায়ী আক্কেপের অনুরূপ হইয়া থাকে। হিষ্টিরিয়াজনিত স্থায়ী

আক্ষেপ এবং অঙ্গ বিশেষের দৃঢ়তা (contraction) ক্রোরোফর্ম প্রভৃতি সংজ্ঞাহারক ঔষধের প্রভাবাধীনে অদৃশ্য হয়, কিন্তু টিটেনোসের আক্ষেপ নিজাকালে ও সংজ্ঞালুপ্তাবস্থায় (under anaesthesia) বিস্তারিত থাকে।

টিটেনোসের চিকিৎসা

Treatment

টিটেনোসের আক্রমণ প্রতিরোধক চিকিৎসা :— সর্বপ্রকার জখমের পরই টিটেনোসের আক্রমণ প্রতিরোধার্থ অবিলম্বে ম্যান্টিট্যানিক সিরাম ইন্জেক্সন দেওয়া শ্রেয় :। আমাদের দেশের প্রসিদ্ধ চিকিৎসালয় সমূহের কয়েকটিতে এই নির্দেশ প্রতিপালিত হয়। যে কোন স্থান দলিত, পেরিত বা ক্ষতযুক্ত হইলে বা ছড়িয়া গেলে উহা টিটেনাস জীবাণু দূষিত হইবার সম্ভাবনা থাকিলে, সিরাম প্রয়োগ করা কর্তব্য। গোশালা বা অংশালার সরিকটে, রাস্তায় এবং মাঠে, গো এবং অশ্বের মল খুলা ও মৃত্তিকার সহিত সংমিশ্রিতাবস্থায় থাকিবার সম্ভাবা বলিয়া উপরোক্ত স্থল সমূহে কোন ব্যক্তি জখম প্রাপ্ত হইলে, টিটেনাস জীবাণু দূষিত খুলা ও মৃত্তিকা জখমের সংস্পর্শে আসিয়া টিটেনোসের আক্রমণ ঘটতে পারে। এরূপ ক্ষেত্রে সিরাম প্রয়োগে বিন্দুমাত্রও দ্বিধা করা উচিত নহে। টিটেনাস জীবাণু বায়ুশূন্য স্থলে বসবাস করিতে অভ্যস্ত বলিয়া ক্ষত বা জখমের গভীরতম প্রদেশে বায়ু প্রবেশের উপায় করা এবং জখমের মধ্যে হইতে বহিঃস্থ আগন্তুক পদার্থ সমূহ বাহির করিয়া দেওয়া কর্তব্য। তৎপরে ক্ষত বা জখমের উপযুক্ত চিকিৎসা সহ প্রতিরোধক হিসাবে ম্যান্টিট্যানিক সিরাম ৫০০ বা ৭৫০ কিষা ১৫০০ ইউনিট মাত্রায় ইন্জেক্সন দেওয়া আবশ্যিক।

টিটেনাস ব্যাধি সম্পূর্ণভাবে প্রতিষ্ঠিত হইবার পর টিটেনোসের বিষ, কেন্দ্রীয় স্নায়ুমণ্ডলীর কোষ সমূহের সহিত দৃঢ়ভাবে সংবদ্ধ হয় বলিয়া, চিকিৎসা দ্বারা স্কল লাভ করা দুর্বল হইয়া পড়ে। টিটেনাস আক্রান্ত রোগীর নিয়মিতভাবে চিকিৎসা করা আবশ্যিক।

(১) স্থানিক চিকিৎসা :— নিম্ন শ্রেণীর পশুর উপর পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছে, টিটেনাস জীবাণু-দূষিত ক্ষত বা জখম সমূলে উৎপাটিত করিতে পারিলে, আরোগ্যের সহায়তা ঘটে। এই নিমিত্ত দূষিত জখম দেহের দূরবর্তী অপেক্ষাকৃত অনাবশ্যক স্থলে অবস্থিত হইলে কিংবা বৃহৎকার দূষিত জখমে অস্থি, অস্থিসন্ধি, মাংসপেশী এবং স্নায়ু ইত্যাদি বিনষ্ট হইলে, কোন কোন অস্ত্র-চিকিৎসকের মতে অঙ্গচ্ছেদ করাই উত্তম (amputation)। কিন্তু ইহার বিরুদ্ধে মতই অধিকতর যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয়। টিটেনাস ব্যাধি যখন সুপ্রতিষ্ঠিত হইয়া টিটেনোসের বিষ কেন্দ্রীয় স্নায়ুমণ্ডলীতে পরিব্যাপ্ত হইয়াছে; তখন আর অঙ্গচ্ছেদ করিয়া লাভ কি? এতদ্ব্যতীত এই প্রক্রিয়া দ্বারা যদি আশাশূন্য ফললাভের সম্ভাবনা থাকিত, তবে এই পদ্ধতি সর্বত্রই প্রযোজ্য হইত; কিন্তু এদেশের কোন বৃহৎ চিকিৎসালয়েই টিটেনোসের চিকিৎসার নিমিত্ত অঙ্গচ্ছেদ করিতে প্রায়ই দেখা যায় না। তবে স্থানীয় চিকিৎসা হিসাবে ক্ষত বা দূষিত জখমের সুচিকিৎসা করা অবশ্য কর্তব্য। এতদ্ব্যতীত জখম বা ক্ষত স্থান উত্তমরূপে পরিষ্কার করিয়া দেওয়া, উহার অভ্যন্তর ভাগে বায়ু সঞ্চালনের সুব্যবস্থা করা, উহা হইতে বিনষ্ট টীণ্ড সমূহ দূরীভূত করা এবং আবশ্যক বোধ করিলে কটারী (cautery) দ্বারা জখমটা পোড়াইয়া দেওয়া উচিত। জখমের চতুষ্পার্শ্বস্থ সন্নিহিত টীণ্ড সমূহের মধ্যে কেহ কেহ স্নায়ু মাত্রায় ম্যান্টিট্যানিক সিরাম ইন্জেক্সন দিবার উপদেশ দিয়া থাকেন।

(২) টিটেনোসের বিষনাশক চিকিৎসা :— প্রতিবেদক হিসাবে ম্যান্টিট্যানিক সিরামের উপযোগিতা যথেষ্ট এবং এই নিমিত্ত ইহা অতীব ফলপ্রসূ কিন্তু এতদ্ব্যতীত ইহা যতদূর ফলপ্রসূ, টিটেনাস রোগের চিকিৎসার্থ ইহা ততদূর মূল্যবান বলিয়া পরিগণিত না হইলেও, এই ব্যাধিতে ইহা সর্বপ্রথম ঔষধ ও ইহাই সর্বপ্রায়ে প্রযোজ্য এবং অজ্ঞাত সমস্ত ঔষধ অপেক্ষা ইহারই উপরে সর্বাপেক্ষা অধিক পরিমাণে নির্ভর করা হইয়া

ধাকে। ইহার কারণ এই যে, এই ঔষধ সিরাম জাতীয়; টিটেনাস জীবাণু-জাত বিষ ধ্বংস করিতে স্যাণ্টিটটানিক সিরামের জ্বায় আর কোনও ঔষধ নাই। তবে রোগ সুপ্রতিষ্ঠিত হইবার পর স্যাণ্টিটটানিক সিরাম উক্ত টিটেনাস ব্যাসিলি জাত বিষ বিনষ্ট করিতে সর্বত্র সক্ষম হয় না অর্থাৎ সিরাম প্রয়োগে প্রত্যেক টিটেনাস রোগীই আরোগ্য লাভ করে না। ইহার কারণ এই যে, রোগের সূত্রপাতের পর টিটেনাস টক্সিন (টিটেনাস জীবাণুজ বিষ) রোগীর কেন্দ্রীয় স্নায়ুশুলীতে একরূপ সূদৃঢ় ভাবে সংযোজিত হয় যে, সিরাম উক্ত বন্ধন ছেদ করিয়া টক্সিনকে বিনাশ করিতে পারে না।

যাহা হউক, ম্যালেরিয়াতে কুইনিন এবং সিকিলিসে আসেনিকঘটিত জৈব পদার্থ সংযুক্ত ঔষধ সমূহ যেরূপ অব্যর্থ উপকারী বলিয়া পরিগণিত, টিটেনাস ব্যাধিতে স্যাণ্টিটটানিক সিরাম তদ্রূপ মহৌষধ বলিয়া পরিগণিত। এই কারণেই টিটেনাস ব্যাধিগ্রস্ত ব্যক্তিকে সর্বাগ্রেই স্যাণ্টিটটানিক সিরাম প্রয়োগ করিতে হয়।

স্যাণ্টিটটানিক সিরাম-প্রয়োগ প্রণালী :—

স্যাণ্টিটটানিক সিরাম নিম্নলিখিত উপায়ে প্রয়োগ করা হইয়া থাকে। যথা—

(১) সেরিব্রোস্পাইন্ডাল ফ্লুইডের মধ্যে (intraspinal injection) :—লাম্বার পাংচার দ্বারা ১০ হইতে ১৫ সি,সি, পরিমাণ সেরিব্রোস্পাইন্ডাল ফ্লুইড নিষ্কাশন করিয়া উহার সমপরিমাণে সিরাম ইঞ্জেক্সন দিতে হয়। ইহাতে হয়ত ৩০০০ কিষা ৫০০০ ইউনিট সিরাম কেন্দ্রীয় স্নায়ুশুলীতে প্রবেশ করে। সার্কাডিক টিটেনাসের প্রচণ্ড আক্রমণ বৃদ্ধিতে পারিলেই, একটুও কালক্ষেপ না করিয়া এই উপায়ে সিরাম প্রয়োগ আবশ্যক। এই উপায়ে সিরাম প্রয়োগের ফলে, অধিকাংশ স্থলে রোগীর দ্রুত হিতপরিবর্তন পরিলক্ষিত হয়। রোগের গতির প্রতি লক্ষ্য রাখিয়া আবশ্যক বিবেচনা করিলে ২৪ ঘণ্টা অথবা ৪৮ ঘণ্টা অন্তর এই প্রক্রিয়ায় সিরাম প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(২) শিরাপথে সিরাম ইঞ্জেক্সন (intravenous injection) :—লাম্বার পাংচার দ্বারা সেরিব্রোস্পাইন্ডাল ফ্লুইডের মধ্যে সিরাম ইঞ্জেক্সন করিয়া নিশ্চিত ধাকা উচিত নহে; ঐ সঙ্গে সঙ্গে শিরাপথে অন্তর ১০,০০০ ইউনিট সিরাম ইঞ্জেক্সন দেওয়া কর্তব্য। ব্যাধির প্রচণ্ডতা অনুযায়ী এই মাত্রাবিশিষ্ট সিরাম এই উপায়ে ২৪ ঘণ্টার মধ্যে কয়েকবার পুনঃ প্রয়োগ করা প্রয়োজন।

(৩) অধঃস্থচিক ইঞ্জেক্সনরূপে সিরাম প্রয়োগ (Hypodermic injection) :—টিটেনাসের প্রচণ্ড আক্রমণে উপরোক্ত দ্বিবিধ উপায়ে দেহের মধ্যে অবিলম্বে প্রচুর পরিমাণ স্যাণ্টিটটানিক সিরাম প্রয়োগ করিবার পর, ধীরে সূস্থে অপেক্ষাকৃত স্বল্প মাত্রায় বা সমমাত্রায় যতদিন আবশ্যক সিরাম হাইপোডার্মিক ইঞ্জেক্সনরূপে প্রয়োগ করা যাইতে পারে। কিন্তু কেবল মাত্র প্রথম হইতে এই উপায়ে সিরাম প্রয়োগ করিলে কোন সফল হয় না।

রোগের সবিশেষ হিতপরিবর্তন পরিলক্ষিত না হওয়া পর্যন্ত সিরাম প্রয়োগ করা কর্তব্য। সাংঘাতিক আক্রমণে ঘোট ১০০,০০০—এমন কি ২০০,০০০ ইউনিট সিরাম লাগিতে পারে।

আনুষঙ্গিক লক্ষণিক চিকিৎসা :—

রোগীকে একটা পৃথক অন্ধকার ঘরে রাখা কর্তব্য। ঘরের মধ্যে বাহাতে কোন প্রকার উচ্চ শব্দ উৎপন্ন না হয়, তাহা দৃষ্টিতে লক্ষ্য রাখা আবশ্যক। কারণ, উচ্চ শব্দ ও তীব্র আলোকের দ্বারা রোগীর ফিটের উদ্বেগ হইবার সম্ভাবনা। কেহ ঘরের মধ্যে জুতা পায়ে চলাফেরা করিয়া উচ্চ শব্দ উৎপন্ন না করে এবং ঘরের মধ্যে প্রবেশ কালে সজোরে দরজা বন্ধ করিয়া উচ্চ আওয়াজ না করে, তাহা দরকার। রোগীকে ঘরের মধ্যে অন্ধকার কোণে মেঝের উপর শোয়াইয়া রাখা আবশ্যক; নচেৎ শয্যার উপর রাখিলে, ফিটের সময় বিছানা হইতে মাটিতে পড়িয়া

গেলে আঘাত প্রাপ্ত হইবার সম্ভাবনা। রোগীর ঘরের উত্তাপ অধিক না হওয়াই বাঞ্ছনীয়।

রোগী বাহ্যতে অধিক নড়াচড়া করিতে না পারে, তাহার উপায় করা উচিত; এমন কি, আবশ্যক হইলে রোগীর দেহ guther splint বাধিয়া রাখিবার উদ্দেশ্যে কেহ কেহ দিয়া থাকেন। টোয়ালের আবদ্ধতার নিমিত্ত মুখ খুলিতে না পারিলে রোগীকে পথ্যপ্রদান করা দুঃস্থ হয়। এজন্য টোয়ালের আবদ্ধতা পরিলক্ষিত হইলেই উহা অধিকতর দৃঢ় হইবার পূর্বে টোয়ালদ্বয়ের মধ্যে কাঠের গ্যাগ (gag)—মুখ বিস্তারক, প্রবিষ্ট করাইয়া দিয়া মুখ উন্মুক্ত রাখা এবং সঙ্গে সঙ্গে জিহ্বাকে দস্তাবাত হইতে রক্ষা করা কর্তব্য। মুখ খুলিতে অসমর্থ হইলে, নাসিকার ভিতর দিয়া রবারের ক্যাথিটার (rubber catheter) অন্নবহানালীতে (oesophagus) প্রবিষ্ট করাইয়া দিয়া, উহার সাহায্যে রোগীকে পথ্য সেবন করাইতে হইবে। ফিটের সময় খাসক্ক হইবার সম্ভাবনা থাকিতে ট্রেকিণ্টমি করা আবশ্যক হইতে পারে।

আক্ষেপ নিবারণ :—ফিটের প্রতিরোধার্থ ক্রোরাল হাইড্রেটই অধিকতর ব্যবহৃত হইয়া থাকে। ইহা ২০, ৩০, ৪০ বা তদুর্ধ্ব গ্রেণ মাত্রায় দিনে ৩ বার করিয়া মুখপথে সেবন করিতে দেওয়া হয়। ইহার সঙ্গে পটাশ বোমাইড প্রয়োগ করাও চলে। মুখপথে ঔষধ সেবন করাইতে না পারিলে মগধার দিয়া ক্রোরাল হাইড্রেট এনিমারূপে ($1/2$ হইতে ১ ড্রাম, ২ আউন্স জলে) প্রয়োগ করা

হইয়া থাকে এবং এই প্রক্রিয়ার ফলে, কঠোর ফিটও দমিত হইতে দেখা যায়।

ফিট দমনের নিমিত্ত মর্ফিন ইঞ্জেকসন এবং ক্লোরোফর্ম অস্ত্রাণ করিতে দেওয়া হয়। এতদ্ব্যতীত শতকরা ২ বা ৩ ভাগ শক্তিশিষ্ট কার্বলিক এসিড দ্রবও অধঃস্থাতিক ইঞ্জেকসনরূপে ফিট দমনার্থ ব্যবহৃত হইয়া থাকে। ইহার ১, ১, কিসা ১১ সি, সি, পরিমাণে প্রত্যহ দুই তিন বার করিয়া অধঃস্থাতিক ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য। কার্বলিক এসিড ইঞ্জেকসন কালে রোগীর মূত্র পুনঃ পুনঃ পরীক্ষা করিয়া দেখা আবশ্যক। কার্বলিক এসিড ইঞ্জেকসনের ফলে মূত্র ঘোর কৃষ্ণবর্ণ আকার ধারণ করে, কিন্তু ইহা ছাড়া উহাতে আর কোন বিষলক্ষণ প্রকাশ পায় না। রোগীর ফিট বন্ধ না হওয়া পর্যন্ত (দুই বা তিন সপ্তাহ কাল) কার্বলিক এসিড দ্রব প্রত্যহ অধঃস্থাতিক ইঞ্জেকসন করা উচিত।

ফিট নিবারণার্থ লাঘার পাংচার দ্বারা ২ কিসা ২১ সি, সি, সেরিব্রোস্পাইন্যাল ফ্লুইড নিষ্কাশিত করিয়া শতকরা ২৫ ভাগ শক্তি বিশিষ্ট (২৫) ম্যাগ্ন সালফ দ্রব নিষ্কাশিত একবার করিয়া উপযুক্ত পরিচার পাঁচ দিন উক্ত ফ্লুইডের মধ্যে ইঞ্জেকসন দেওয়া হইয়া থাকে। এই প্রকারের ইঞ্জেকসনের ফলে, সময়ান্তরে সাংঘাতিক কুলক্ষণ, যথা—অস্থায়ী পক্ষাঘাত, মূত্রাবরোধ, খাসক্কতা ইত্যাদি প্রকাশ হইয়া থাকে। কখন কখনও এই ইঞ্জেকসনের দুই তিন ঘণ্টার মধ্যে মৃত্যু পর্যন্ত ঘটিতে দেখা গিয়াছে। সুতরাং বিশেষ সাবধানতা সহকারে ইহা প্রয়োগ করা কর্তব্য।

অতিরজঃ—Menorrhagia.

লেখক—ডাঃ শ্রীসন্তোষকুমার মুখোপাধ্যায় M. B.

সম্পাদক—ইণ্ডিয়ান মেডিকেল রেকর্ড

কলিকাতা

—••(•)••—

স্ত্রীলোকের মাসে একবার করিয়া ঋতু হয়। অনেক সময় দেখা যায়—ঋতুকালে রজঃস্রাব যে পরিমাণে হওয়া উচিত, তাহা অপেক্ষা অধিক হয় এবং স্বাভাবিক ঋতুস্রাবের স্থায় ৩৪ দিন স্থায়ী না হইয়া ১০।১২ দিন স্থায়ী হইয়া থাকে। ইহাকেই অতিরজঃ (Menorrhagia) বলে। কখনো কখনো মাসে একাধিকবার ঋতুস্রাব হইতেও দেখা যায়।

কারণঃ ঋতুস্রাবের আধিক্য নানা কারণে হইতে পারে। অন্তঃরসস্রাবী গ্রন্থিগুলির (Endocrine glands) ক্রিয়ার ফলে ঋতু হ্রচিত হয়। কোন কারণে ডিম্বকোষ (ovary) বা থাইরয়েড্ গ্রন্থির ক্রিয়াধিক্য হইলে ঋতুস্রাব অত্যধিক হইয়া থাকে। ডিম্বকোষের মধ্যে রক্তাধিক্য হইয়া উহার উত্তেজনা উপস্থিত হইলেও এরূপ হইতে পারে।

অশ্রীল পুস্তক পাঠ ও আদিরস প্রধান অভিনয় ও ছায়াচিত্র দর্শনে বালিকাদের চিত্তচাঞ্চল্য উপস্থিত হয়। এই চিত্ত বৈকল্যের ফলে অন্তঃরসস্রাবী গ্রন্থিগুলি স্বাভাবিকভাবে উত্তেজিত হইয়া থাকে। ইহার ফলে অতিরজঃ প্রকাশ পায়।

বাজারে এক রকম অশ্রীল ভাবভঙ্গিযুক্ত ফটোচিত্র পাওয়া যায়। এই ফটোগুলি প্যারিস পিকচার নামে খ্যাত। ইহাতে মৈথুন সম্বন্ধীয় নগ্ন অশ্রীল ছবি থাকে। অনেকে এই সকল ছবি নব বিবাহিত যুগ্তী জীকে উপহার দেন বা এই সকল চিত্র লইয়া স্ত্রীর সঙ্গে

চিঃ প্রঃ মাঘ—১

আলোচনা করেন। এই সকল চিত্র দর্শনে বালিকাদের জ্ঞানেন্দ্রিয় ও কাম প্রবৃত্তি উত্তেজিত এবং পুনঃ পুনঃ এইরূপ উত্তেজনার ফলে অতিরজঃ উপস্থিত হইয়া থাকে। যৌবনের পূর্বে অনেক বালিকার এই কারণেই ঋতুস্রাব ও অতিরজঃ হইতে দেখা যায়। মৎপ্রণীত গ্রন্থিসত্ত্ব বা এণ্ডোক্রিনোলজি পুস্তকে এইরূপ বালিকার চিত্রসহ এই বিষয় বিস্তৃতরূপে আলোচনা করা হইয়াছে।

বালিকাদের মধ্যে হস্ত-মৈথুনের কুঅভ্যাস বালকদের স্থায় এত বেশী না হইলেও, একেবারে বিরল নয়। বালিকাদের এইরূপ হস্তমৈথুন এবং বিবাহিতা স্ত্রীলোকদের মধ্যে অতিরিক্ত বা স্বাভাবিক সহবাসের (Coitus intemptus) ফলেও অন্তঃরসস্রাবী গ্রন্থিগুলির উত্তেজনা ঘটয়া অতিরজঃ প্রকাশ পায়। মৎপ্রণীত এণ্ডোক্রিনোলজী (গ্রন্থিসত্ত্ব) পুস্তকে এইরূপ হস্তমৈথুন কারিণী ও অতি কামুক অনেক স্ত্রীলোকের বিবরণ ও তাহাদের এই কার্যের ফল উল্লিখিত হইয়াছে।

অধিকবয়সে জরায়ুমধ্যে আব, ক্যান্সার প্রভৃতি হইয়াও রক্তস্রাব হইতে পারে।

চিকিৎসা—Treatment.

রোগিনীর বয়স ও রোগের কারণের উপর লক্ষ্য রাখিয়া অতিরজঃ রোগের চিকিৎসা করা কর্তব্য। বয়স ও কারণভেদে চিকিৎসার বিষয় বলা যাইতেছে—

যৌবনারম্ভে অতিরিক্তঃ—বাঙ্গালী বালিকাদের যৌবনোদগমকালে প্রায়ই ঋতুর গোলযোগ লক্ষিত হয়। এই সময় এদেশে বালিকাদের দুই প্রকার অতিরিক্তঃ রোগ দেখা যায়। যথা—

(১) ঋতুকালে দীর্ঘস্থায়ী রক্তঃস্রাব;

(২) মাসে একাধিকবার অত্যধিক রক্তঃস্রাব ; এই উভয় জাতীয় রোগের চিকিৎসা এইবার বলা যাইতেছে।

(১) ঋতুকালে দীর্ঘস্থায়ী রক্তঃস্রাব :—
স্বাভাবিক ঋতু ৩৪ দিন থাকে ; কিন্তু এই রোগে ঋতু এক সপ্তাহ বা তাহার অধিককাল স্থায়ী হয়।

সাধারণতঃ বাঙ্গালী মেয়েদের মধ্যে এই প্রকার রোগ দেখা যায়। অন্তঃরসস্রাবী গ্রন্থিগুলির ক্রিয়ার বিশৃঙ্খলাই ইহার প্রধান কারণ। সুতরাং রোগের মূল কারণের চিকিৎসা আবশ্যিক।

(ক) রোগীর বাহাতে কোষ্ঠ পরিষ্কার থাকে, তাহার ব্যবস্থা করা কর্তব্য। কোষ্ঠবদ্ধতার ফলে নিম্নোদরে রক্তাধিক্য হইয়া ওতারির ক্রিয়াধিক্য ঘটয়া অতিরিক্তঃ উপস্থিত হইতে পারে। কোষ্ঠবদ্ধতা থাকিলে মুহূর্ত্ত বাবনিক [বিরেচক ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এতদ্বারা সিড্‌লিজ পাউডার দেওয়া যাইতে পারে। নিম্নলিখিতরূপে সিড্‌লিজ পাউডার প্রস্তুত করা হয়। যথা—

১। Re.

সোডি পটাস টারট্রেট ... ১২.০ গ্রেম।

সোডি বাইকার্ব ... ৪০ গ্রেম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া সবুজ কাগজে ১টা পুরিয়া করিবে।

২। Rn.

টার্টারিক এসিড ... ৪০ গ্রেম।

ইহা সাদা কাগজে ১টা পুরিয়া করিবে।

একপে এক গ্রাস জলে সবুজ কাগজের (১নং) পুরিয়া দ্রব করতঃ, উহাতে সাদা কাগজের পুরিয়াটা মিশ্রিত

করতঃ ফুটিয়া উঠিবারাত্র সেবন করিতে হইবে। ইহাই সিড্‌লিজ পাউডার।

(খ) বালিকার সাধারণ স্বাস্থ্যের বাহাতে উন্নতি হয়, তাহার ব্যবস্থা করা কর্তব্য। মুক্ত বায়ু ও আলোক এবং ব্যায়ামের ও রাত্রি নিয়মিত সময়ে নিদ্রার ব্যবস্থা করা আবশ্যিক।

(গ) অতিরিক্ত রক্তঃস্রাবের ফলে, দৌর্বল্য ও রক্তহীনতা উপস্থিত হইলে রোগীকে কিছুদিন যাবৎ সিরাপ হিমোজেনল এক চা-চামচ মাত্রায় প্রত্যহ দুইবার করিয়া আহারের পর সেবন করিতে দিলে অতিরিক্ত রক্তঃস্রাবের ফলে রক্তহীনতা ও দৌর্বল্য দূরীভূত হয়, রক্তহীনতা ও দৌর্বল্যসহ অতিরিক্তঃ বর্তমানে নিম্নলিখিত ঔষধটি ব্যবহারে সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায়।

Re.

ফেরি এট কুইনাইন সাইট্রেট ... ৫ গ্রেম।

এসিড ফফরিক ডিল ... ৫ মিনিম।

লাইকর আসেনিক হাইড্রোক্লোর ... ২ মিনিম।

লাইকর অশোক কম্পাউণ্ড ... ১/২ ড্রাম।

একোয়া ক্লোরোফর্ম ... বোট ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। আহারান্তে প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

ঋতুকালে রক্তস্রাব অধিক হইলে নিম্নলিখিত ঔষধটি সেবনে বিশেষ সুফল পাওয়া যায়।

Re.

এক্সট্রাক্ট পিটুইটারী পোষ্টরিয়র লিকুইড ১/২ ড্রাম।

লাইকর অশোক কম্পাউণ্ড ... ১/২ ড্রাম।

সিরাপ অরেঞ্জ ... ১/২ ড্রাম।

একোয়া ক্লোরোফর্ম ... বোট ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

এই প্রণালী অতিরিক্তঃ রোগে ক্যালশিয়াম ও অর্গট ব্যবহারে উপকার পাওয়া যায় না।

(২) মাসে একাধিকবার রক্তঃস্রাব :—

ইহাতে ঋতু প্রতি মাসে একবার করিয়া হইয়া যাসের মধ্যে

একাধিকবার হইতে পারে এবং এই সকল ক্ষেত্রে রক্তস্রাবের পরিমাণও বেশী হয়।

এদেশে কিরিসি মেয়েদের মধ্যেই এই রোগ বেশী দেখা যায়। বাঙ্গালীর ঘরেও যে দেখা যায় না, তাহা নহে।

আদিরসপ্রধান পুস্তকাদি পাঠ, সিনেমার ছায়াচিত্র ও অভিনয়াদি দর্শন এবং কোন কোন ক্ষেত্রে হস্তমৈথুনের ফলে ওভারি ও থাইরয়েড গ্রন্থি উত্তেজিত হওয়ায় রক্তস্রাব বৃদ্ধি পায়।

বালিকা বাহাতে মুক্ত বায়ুতে থাকে, ব্যায়াম করে এবং অশ্রীল গ্রন্থি বা আদিরসপ্রধান নাটক নভেল পাঠ না করে, কিছা ছায়াচিত্র ও অভিনয়াদি না দেখিতে পায়, সেদিকে বিশেষ দৃষ্টি রাখা কর্তব্য।

কোষ্ঠবদ্ধতা থাকিলে মৃৎ বিরেচক ব্যবস্থা করা কর্তব্য। নিম্নলিখিত ঔষধটী সেবনে এইরূপ রক্তস্রাবে উপকার পাওয়া যায়।

Re.

এক্সট্রাক্ট আর্গট লিকুইড ... ১/২ ড্রাম।

লাইকর অশোক কম্পাউণ্ড ... ১/২ ড্রাম।

এক্সট্রাক্ট পিটুইটারী (পোষ্টিরিয়র)

লিকুইড ... ১/২ ড্রাম।

একোয়া মেছপিপ ... মোট ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। প্রত্যহ তিনবার সেব্য।

এই সকল ক্ষেত্রে প্রায়ই রক্তে ক্যালশিয়ামের পরিমাণ বাড়িয়া যায়। এক্ষণে অনেকের মতে, ইহাতে ক্যালশিয়াম প্রয়োগ যুক্তিসঙ্গত নয়।

এই সকল ক্ষেত্রে জরায়ু টাছিয়া (Curette) কোন লাভ নাই; কারণ ইহাতে ফল হইলেও তাহা ক্ষণস্থায়ী মাত্র।

(৩) গর্ভধারণ বয়সে অতিরঞ্জঃ;—গর্ভধারণ বয়সে সাধারণতঃ নিম্নলিখিত কারণে রক্তস্রাবের আধিক্য হয়। যথা:—

(ক) ওভারির ও থাইরয়েডের ক্রিয়াধিক্য; সাধারণতঃ আদিরসপ্রধান পুস্তক পাঠ, অভিনয় দর্শন, এবং অতিরিক্ত বা অস্বাভাবিক সহবাস প্রভৃতির ফলে ইহা হয়।

(খ) জরায়ুর অন্তর্বিহীন, ওভারি বা ডিম্ববাহী নলের (ফেনোপিয়ান টিউব) প্রদাহ।

(গ) জরায়ু পিছন দিকে বাকিয়া গেলেও রক্তের নলীগুলির মধ্যে রক্ত সঞ্চালনের ব্যাঘাত হইয়া অনেক সময় অতিরঞ্জঃ প্রকাশিত হয়।

চিকিৎসা: রোগের কারণ অনুসারে চিকিৎসার ব্যবস্থা করিতে হইবে।

(১) সাধারণ চিকিৎসা:—রোগীর স্বাস্থ্য বাহাতে ভাল হয়, তাহার ব্যবস্থা সর্বোপায়ে প্রয়োজন।

মানসিক উত্তেজনার কারণ দূর করিতে হইবে। সহবাসে সংযম অভ্যাস করিতে উপদেশ দেওয়া অতীব কর্তব্য।

স্থানীয় রক্তাধিক্য (congestion) নিবারণ উদ্দেশ্যে বিরেচক ব্যবস্থা করতঃ কোষ্ঠ পরিষ্কার করান কর্তব্য। এইরূপ অতিরঞ্জঃ রোগে নিম্নলিখিত ঔষধটী সেবনে বেশ সফল পাওয়া যায়।

R.

এক্সট্রাক্ট আর্গট লিকুইড ... ১/২ ড্রাম।

লাইকর অশোক কম্পাউণ্ড ... ১/২ ড্রাম।

এক্সট্রাক্ট ম্যাগ্নারি গ্যাণ্ড ... ১৫ মিনিম।

এক্সট্রাক্ট পিটুইটারি পোষ্টিরিয়র লিকু: ১৫ মিনিম।

দিরাপ অরেঞ্জ ... ১/২ ড্রাম।

একোয়া ... মোট ১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। ঋতুর এক সপ্তাহ পূর্ব হইতে এবং ঋতু প্রকাশের প্রথম ছই দিন পর্যন্ত ইহা এক মাত্রা করিয়া প্রত্যহ তিনবার সেবন করিতে হইবে।

স্তনগ্রন্থি ও পোষ্টিরিয়র পিটুইটারী সেবনে এইরূপ রক্তস্রাব দমিত হয়।

জরায়ু ঝাঁকিয়া গিয়া থাকিলে উহা ঠিক করিয়া বসাইয়া দেওয়া কর্তব্য। অতঃপর উপরি-উক্ত ঔষধটা ব্যবহা করিলে রক্তস্রাব নিয়মিত হইবে।

চিকিৎসায় উপকার না হইলে অস্ত্রোপচার করা ভিন্ন উপায় নাই। এই সকল ক্ষেত্রে জরায়ুর অন্তর্ভিন্নী স্থল হইয়া যায় ও উহার মধ্যে রক্তাধিক্য হয়। কিউরেট করিলে উপকার হইতে পারে। কিউরেটে ফল না হইলে রেডিয়াম চিকিৎসা করিয়া দেখা যাইতে পারে।

(৪) প্রোট বয়সে অতিরঞ্জঃ;—পোচা জীলোকদের জরায়ু মধ্যে আব্ (টিউমার) কিম্বা ক্যান্সার

হইয়া রক্তস্রাবাধিক্য হইতে পারে। জরায়ুর অন্তর্ভিন্নীর পুরাতন প্রদাহও ইহার অন্যতম কারণ। সন্তান প্রসব, গর্ভপাত বা পুরাতন সংক্রমণবশতঃ জরায়ুর ভিতর ক্ষত হইয়া এইরূপ অতিরঞ্জঃ পীড়া হইতে পারে।

চিকিৎসা :—জরায়ুর মধ্যে আব্ হইলে অস্ত্রোপচার ছাড়া উপায় নাই।

জরায়ুর অন্তর্ভিন্নী স্থল হইয়া গেলে উহা টাছিয়া (Curette) দিলে সফল হয়।

পুরাতন জরায়ু প্রদাহে রেডিয়াম চিকিৎসায় বিশেষ কোম সফল হয় না।

ব্যাদি ও তাহার প্রতিকার

Diseases and their prevention.

লেখক—ডাঃ শ্রীব্রজেন্দ্রচন্দ্র ভট্টাচার্য্য L. M., P.

মেডিক্যাল অফিসার, অফগ্রাম চ্যারিটেবল ডিস্পেন্সারী

ময়মনসিংহ

(পূর্ব প্রকাশিত ৯ম সংখ্যার (পৌষ) ৪৬০ পৃষ্ঠার পর হইতে)

— :: —

এক্ষেত্রে বক্তব্য এই যে, ওপিয়ামের প্রয়োগরূপ—টিং ওপিয়াম প্রভৃতি পিত্ত নিঃসরণ হ্রাস করায়। কিন্তু এই উদ্দেশ্যে ভেষজের ব্যবহার দেখা যায় না।

এই ভাবে গ্রহি বৈষম্যতার দূরীকরণে প্রবৃত্ত হইতে হয়। পাঠকদিগের বুঝিবার সুবিধার জন্য ২১১টি বিষয় বিস্তৃত ভাবে বলা যাইতেছে।

(৪) কোন জীবাণু দ্বিত পীড়ার চিকিৎসার্থে ঐ রোগ-জীবাণু বিধ (toxins) নষ্ট করিবার ও

উক্ত বিষ শরীর হইতে বাহির করিয়া দিবার চেষ্টা করা দরকার। জল খাইতে দিলে রোগ-জীবাণু বিধ পাংলা হইয়া নানা পথে বাহির হইয়া যায়। বর্ষাকারক, মূত্রকারক ও রেচক ঔষধ ব্যবহারে বর্ষ, মূত্র ও মলের সহিত বিষ বাহির হইয়া যাইতে পারে। নানাবিধ এন্টিটক্সিন সিরাম (Antitoxin serum) ব্যবহারেও বিষ নষ্ট হয়। কুইনাইন প্রভৃতি ঔষধ বহু রোগাণু বিধ নষ্ট করে।

(৫) রোগের সব অবস্থায়ই অল্প বাহাতে পরিকার

ধাকে, সে দিকে লক্ষ্য রাখা সম্ভব। কোষ্ঠ পরিষ্কার থাকিলে রোগীর যন্ত্রণার বধেষ্ঠ লাঘব হয়। পরন্তু, মলের সহিত রোগ-জীবাণু বিব রোগজীবাণু ও ধ্বংসপ্রাপ্ত শৈল্পিক বিল্লী প্রভৃতি বাহির হইয়া যায় এবং তাহাতে রোগী অনেক উপশম বোধ করে।

(৬) খারাপ জিনিষ আহারের পর অল্পের উত্তেজনা বশতঃ উদরাময় দেখা দিলে, সহসা সেই উদরাময় দমন করিবার চেষ্টা করা উচিত নহে। যতক্ষণ পর্যন্ত দান্তের সহিত অজীর্ণ মল বা ভুক্ত দ্রব্যংশ নিঃসরণ হইতে থাকিবে, ততক্ষণ পর্যন্ত মলরোধক ঔষধ ব্যবহার করা অসম্ভব। এরূপ স্থলে নিম্নলিখিত ব্যবস্থা দ্বারা অল্পের ক্রিয়া বর্ধিত করিয়া দিয়া প্রকৃতির সাহায্য করা উচিত।

৫। Re.

অয়েল রিসিনি	...	২ ড্রাম।
সোডা বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
মিউসিলেজ একাশিয়া	...	যথা প্রয়োজন।
লাইকর হাইড্রাজ্জ পারক্লোর	...	১০ মিনিম।
টিং কার্ডমম কো:	...	২০ মিনিম।
জল	...	এড ১ আউন্স।

একত্র করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। অল্প পরিষ্কার না হওয়া পর্যন্ত প্রতিমাত্রা ২ ঘণ্টান্তর সেব্য।

পেটের বেদনা থাকিলে উল্লিখিত ৫নং মিশ্রে টিং ওপিয়াম মিশ্রিত করিয়া দেওয়া হইতে পারে। সোডা বাইকার্বনেট অয়েল রিসিনির কার্যে সাহায্য এবং অল্প বা পাকস্থলীর মধ্যবর্তী আঠাল গ্লেম্মা তরলাকারে পরিণত করে। শাস্ত্রের কূটতর্কে এই মিশ্রে অসম্মিলন লক্ষিত হইলেও, ইহাদের প্রচলন আছে ও তাহাতে কোন ক্ষতির কারণ হয় না।

এই মিশ্রের বিশেষত্ব এই যে, ইহা সেবনে কুপিত মল ও দূষিত জিনিষ অল্প হইতে বাহির হইয়া গেলে অল্পের উত্তেজনা দূরীভূত হয় এবং তখন আপনা আপনিই উদরাময় বন্ধ হইয়া যায়। অয়েল রিসিনি দ্বারা জোলাপ লইলে পরে কোষ্ঠকাঠিন্য হয়, এ কথা সকলেই জানেন। গ্রেগরিস

পাউডার (Gregory's powder) ব্যবহারেও এই উদ্দেশ্য সিদ্ধ হয়। ইহা কুখ্যাত বশতঃ শিশুর উদরাময়ে সাধারণতঃ ব্যবহৃত হয়।

অল্প পরিষ্কার হওয়ার পরও উদরাময় বর্তমান থাকিলে, মলরোধক ঔষধ দ্বারা উহা বন্ধ করা উচিত। এক্ষেত্রে ইহা বিবেচ্য যে, যে রোগজীবাণুর আক্রমণবশতঃ এই উদরাময় উপস্থিত হইয়াছে, তাহা অল্পরসে, কি ক্ষাররসে পুষ্ট হয়। যদি অল্পরসে পুষ্ট হয়, তাহা হইলে নিম্নলিখিত মিশ্র ব্যবহার্য।

৬। Re.

বিসমাথ সাবনাইট্রাস	...	১০ গ্রেণ।
মিউসিলেজ একাশিয়া	...	যথা প্রয়োজন।
টিং ওপিয়াম	...	৫ মিনিম।
এসিড হাইড্রোসিয়ার্নিক ডিল	...	১ মিনিম।
লাইকর হাইড্রাজ্জ পারক্লোর	...	১০ মিনিম।
গ্লাইকোথাইমোলিন্	...	২০ মিনিম।
জল	...	এড ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রত্যেক দান্তের পর এক মাত্রা করিয়া সেব্য।

এই উদ্দেশ্যে নিম্নলিখিত ঔষধটীও ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

৭। Re.

বিসমাথ সাবনাইট্রাস	...	১০ গ্রেণ।
ডোভাস' পাউডার	...	৫ গ্রেণ।
সোডা বাইকার্বনেট	...	১০ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করতঃ ১ পুরিয়া। এইরূপ ৬ পুরিয়া; প্রত্যেক দান্তের পর এক পুরিয়া করিয়া সেব্য।

যদি উল্লিখিত উদরাময়—উৎপাদক রোগজীবাণু ক্ষাররসে পুষ্ট হয় বলিয়া জানা যায়, তাহা হইলে নিম্নলিখিত মিশ্র ব্যবহার্য। ইহাকে এসিড এণ্ট্রনুজেন্ট মিক্সচার (Acid astringent mixture) বলে।

৮। Re.

এসিড সালিক ডিল ... ১০ মিনিম।

টিং ওপিয়াম ... ৫ মিনিম।

জল ... ১ আউন্স।

একত্র করতঃ ১ মাত্রা। এইরূপ ৬ মাত্রা। প্রত্যহ তিন চার বার সেব্য।

চিকিৎসকের পরামর্শ মত এই মিশ্রণ প্রতি দান্তের পর সেব্য হইতে পারে।

রোগজীবাণু কোন্ রসে পুষ্ট হয়, লিটমাস পেপারের (Litmus paper) সাহায্যে মলের প্রতিক্রিয়া (reaction) পরীক্ষা করিলে তাহা বুঝিতে পারা যায়। রোগীর মল যদি বিষম দুর্গন্ধযুক্ত হয়, তাহা হইলে ঐ উদরায়ন, ক্ষাররসে যে সকল জীবাণু পুষ্ট হয়, সেই সকল জীবাণুর আক্রমণজনিত বলিয়া বুঝিতে হইবে। মফঃস্বলে অধিকাংশ স্থলে সন্নিধ মনে চিকিৎসা করিতে হয়। কাজেই বিসমাণ্ মিক্শচার বা এসিড এষ্ট্রিনজেন্ট মিক্শচার (Acid astringent mixture) চিকিৎসকের রুচি অনুযায়ী সাধারণতঃ ব্যবহৃত হইতে দেখা যায়। সুতরাং অনেক সময়ই এইরূপ চিকিৎসায় আশাশুভরূপ ফল পাওয়া যায় না। এরূপ ক্ষেত্রে উত্তরোত্তর ঔষধের মাত্রা বৃদ্ধি না করিয়া বিভিন্ন প্রতিক্রিয়াযুক্ত মিক্শচার ব্যবহার করা কর্তব্য বলিয়া আমি মনে করি।

যে সকল রোগজীবাণু অস্ত্রে আশ্রয় গ্রহণ করে, তাহাদিগের অধিকাংশই প্রায় অল্পরসে বিনষ্ট হয়।

সেই জন্তই “এসিড মিক্শচার” ব্যবহারে অনেক ক্ষেত্রেই অল্প সময়ের মধ্যে উপশম পাওয়া যায়।

স্মরণ রাখা কর্তব্য যে, ওপিয়ামের প্রয়োগরূপ শিশুদিগের ব্যাধিতে ব্যবহার করা সঙ্গত নয়। কিন্তু শিশুর কলেরায় দান্ত কমাইবার উদ্দেশ্যে $\frac{1}{80}$ — $\frac{1}{40}$ গ্রেণ মর্ফিয়া ইন্জেকশন করিতে ডাঃ অস্কার পরামর্শ দেন *। তাঁহার মতে ইহা এক্ষেত্রে বিশেষ কার্যকরী। (This drug alone commands situation. Osler.)

(৭) আমবাত (Articaria); হিমোফিলিয়া; (Hæmophilia) পারপিউরা (Purpura); সিরাম-সিক্‌নেস (Serum sickness); অস্টিওমাইলাইটিস (Osteomyelitis); মেনোর্রিজিয়া (Menorrhagia—অশ্রিজঃ); রিকেট (Rickets); মৃগী; এনিউরিজম প্রভৃতি ব্যাধিতে রক্তের ক্যালশিয়াম উপাদানের পরিমাণ বৃদ্ধি করার উদ্দেশ্যে ক্যালশিয়াম ব্যবহার করা উচিত।

নিউমোনিয়ার প্রথম অবস্থায় ফুস্‌ফুসে ফাইব্রিন বর্তমান থাকে। ক্যালশিয়াম ফাইব্রিনকে কন্ঠ করে, ফাইব্রিনের জন্তই ফুস্‌ফুস নিরেট অবস্থা প্রাপ্ত হয়। কাজেই বতদিন পর্যন্ত ফুস্‌ফুসে ফাইব্রিন থাকে ও ফাইব্রিনের জালের দ্বারা রক্তকণিকা আটক থাকে, ততদিন পর্যন্ত ক্যালশিয়াম ব্যবহার করা সঙ্গত নয়। লোবার নিউমোনিয়ার শেষ অবস্থায় যখন ফাইব্রিন অদৃশ্য হইয়া যায় ও রোগজীবাণুজ বিষের বিক্রিয়ার ফলে হৃৎপিণ্ড দুর্বল হইয়া পড়ে, তখন ক্যালশিয়াম ব্যবহার করা নিতান্ত দরকার। ক্যালশিয়াম হৃৎপিণ্ডের উত্তেজক ও বলকারক।

* শিশুদিগের হটক বা বয়স্কদিগের হটক, কলেরার কোন অবস্থাতেই অহিফেন বা অহিফেন ঘটিত ঔষধ অধুনা বিষবৎ পরিভাষ্য বলিয়া সর্ববাপী সমস্তরূপে বিবেচিত হইয়াছে। পূর্বে অনেককেই কলেরার উদরায়ন সম্বন্ধে অহিফেন ঘটিত ঔষধ ব্যবহার করিতেন বটে, কিন্তু তাহার কল কখন সম্ভাবনক হয় নাই এবং হইতে পারাও সম্ভব নহে। পুরাতন পুস্তক সমূহে কলেরার অহিফেন ঘটিত ঔষধ ব্যবহারের ব্যবস্থা থাকিলেও, আধুনিক চিকিৎসা-জগতে কেহই ইহার আর অনুমোদন করেন না। কলেরা রোগে একেই ত সর্বাপেক্ষে সূত্রবস্ত্রের জিলা বিকৃতি উপস্থিত হইয়া সাংঘাতিক অবস্থার উৎপত্তি হয়, তদুপরি যদি আবার অহিফেন ঘটিত ঔষধ প্রয়োগে উহার ক্রিয়াবিকার ঘটান যায়, তাহা হইলে শীঘ্র ইন্ট্রিভিয়া প্রভৃতি উপস্থিত হইয়া পীড়া সাংঘাতিক আকার ধারণ করে। বর্তমানে কলেরার চিকিৎসা-প্রণালী বহুগুণে পরিবর্তিত হইয়াছে। কলেরার এই আধুনিক স্বকলগ্রন্থ চিকিৎসা-প্রণালীর মধ্যে আর অহিফেন বা অহিফেন ঘটিত কোন ঔষধের স্থান নাই বলিলেও অতুক্তি হয় না।

দানবীর ব্রজেন বাবু ডাঃ অস্কারের যে মত উদ্ধৃত করিয়াছেন, উহা পুরাতন মত, এই মত বর্তমানে কেহই অনুমোদন করেন না, করিতে পারেন না। (টিং, এঃ, সঃ)

টাইফয়েড জরে ও অন্যান্য যে সকল ব্যাধিতে অল্প রক্ত হয়, সেই সকল ব্যাধিতে রক্তস্রাবের আশঙ্কা নিবারণার্থ মাঝে মাঝে ক্যালশিয়াম ব্যবহার করা সম্ভব। অবিরত ক্যালশিয়াম ব্যবহার করিতে না বলিয়া, মাঝে মাঝে ক্যালশিয়াম ব্যবহার করার কথা বলার তাৎপর্য এই যে, অনবরত ক্যালশিয়াম ব্যবহার করিলে রক্তের সংযমন শক্তি (coagulability) বৃদ্ধি পাওয়ার পর হঠাৎ উহা কমিয়া যায়। ইহাতে রক্তস্রাবের আশঙ্কা বৃদ্ধি পায়। ইহা হেয়ার (Dr. Hare) মহোদয়েরও অভিমত। এ সকল ব্যাধিতে রক্তের সংযমন শক্তি কমিতে দেওয়া সম্ভব নয়।

টাইফয়েড জর প্রভৃতিতে সাইট্রাস ব্যবহার করা ও অল্প ফল খাইতে দেওয়া সম্ভব নয়। সাইট্রাস ও অল্প ফলের অল্পরস রক্তের ক্যালশিয়াম কমাইয়া দেয় (decalcify blood)। টাইফয়েড জরে সাইট্রাসের ব্যবহার যে নাই তাহা নহে এবং ইহা ব্যবহার করিলেই যে রক্তস্রাব হইবে, তাহারও নিশ্চয়তা নাই; তবে আশঙ্কা হলে ব্যবহার না করাই যুক্তিযুক্ত।

(৮) প্রত্যেক রোগেই বেদনাদায়ক লক্ষণ সমূহের বাহাতে আশু উপশম হয়। তজ্জন্ত চেষ্টা করা কর্তব্য।

এতদর্থে ব্রোমাইড, বেলোডোনা, সোডা স্যালিসিলেট, এস্পিরিন, হায়োসায়ামাস, অহিফেন ঘটত ঔষধ, ক্যানাবিস ইণ্ডিকা প্রভৃতি ঔষধ অবস্থা ভেদে ব্যবহৃত। শুষ্ক কাশিতে প্লেগ্মা তরল করিবার উদ্দেশ্যে সোডা বাইকার্বনেট, আয়োডাইড, এমন ক্লোরাইড, ভাইনাম ইপিকাক, ভাইনাম এটিমনি প্রভৃতি ব্যবহৃত। কুইনাইন এবং এসিড জাতীয় ঔষধ প্রভৃতি প্লেগ্মা শুষ্ক করে। সুতরাং কুসুসে প্লেগ্মা বর্তমানে এই সকল ঔষধের ব্যবহার সচরচার দেখিতে পাওয়া যায় না।

(৯) ব্যাধি আরাম হওয়ার পর স্বাস্থ্য পূর্বাবস্থায় আনয়ন করিবার জন্য বলকারক ঔষধ ব্যবস্থা করা প্রায়ই দরকার হয়। এতদর্থে লৌহঘটিত টনিক মিকশার বা লৌহবিহীন টনিক মিকশার অবস্থাভেদে ব্যবহার্য। প্রত্যেক ব্যাধির বিস্তৃত চিকিৎসা-প্রণালী লেখা আমার উদ্দেশ্য নহে। যুক্তিযুক্ত চিকিৎসা-প্রণালীর আভাস ব্যক্ত করাই ইচ্ছা।

(১০) ব্যাধি প্রতিকারের অন্ততম সহায়ক—“যথোপযুক্ত পথ্য ব্যবস্থা”। ইহাকে প্রধান বলিলেও অতুক্তি হয় না। আগামী বারে পথ্য সম্বন্ধে আলোচনা করিব।

উদরাধ্বানে (In flatulence) ফল প্রদ ব্যবস্থা

Re.

সোডি সালক কার্বলাস	...	...	৩ ড্রাম।
সিরাপ জিঞ্জার	...	...	২ আউন্স।
একোয়া টাইকোটস	...	...	এড্ ৪ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহার ২—৪ ড্রাম আহারের পূর্বে সেবন করিলে, যে সকল অন্ত্রীয় পীড়াক্রান্ত রোগীর আহারের পরই পেট কাঁপে, তাহাদের বিশেষ সুফল হয় (Sansom—P. P. 34.)

হাঁপানি - শ্বাসজন্মা (Asthma).

লেখক—ডাঃ পি, পি, সরকার L. M. P., M. D. (Homœo)

খারিয়ার এম্বেট' রাইপুর সি, পি,

— • : (*): (•) —

হাঁপানি পীড়ার বিশেষ পরিচয় দেওয়ার আবশ্যক নাই; প্রত্যেক চিকিৎসকই এসব বিষয় জ্ঞাত আছেন। চিকিৎসা-প্রকাশেও অনেকবার এসম্বন্ধে অনেক আলোচনা হইয়াছে। চিকিৎসা-প্রণালী সম্বন্ধে কিছু বলাই আমার উদ্দেশ্য। তবে এই প্রসঙ্গে সাধারণতঃ বতটুকু বিবরণ দেওয়া আবশ্যক, তাহাই দিব।

বায়ুনলীসমূহের (Bronchial tube:—ত্রিবিয়াল টিউব) সঙ্কোচনজনিত সাক্ষেপ পীড়ার সাধারণ নাম—“শ্বাসজন্মা” বা “হাঁপানি”।

এই পীড়াতে ত্রিবিয়াল টিউবের পথ সরু হইয়া যায়, সুতরাং ফুসফুসে প্রয়োজনমত বাতাস যাতায়াত করিতে পারে না; কাজে কাজেই শ্বাসপ্রশ্বাসের টান বা আক্ষেপ ও শ্বাসকষ্ট হয়।

যোটাযুটি এই রোগের লক্ষণ—নিশ্বাস ফেলিতে ডয়ানক কষ্ট, বুকের উপর কি একটা বোঝার অনুভব, গলার মধ্যে “সাই সাই” শব্দ, রোগী বিছানায় শুইতে পারে না, বালিশে ঠেস দিয়া হেট হইয়া বসিয়া থাকে, ক্রমাগত রোগী কাশে ও হাঁপাইতে থাকে। ফিটের সময় রোগীর ভাল করিয়া কথা বলিতেও কষ্ট বোধ হয়, মুখে বিন্দু বিন্দু ঘাম দেখা দেয়। মুখের চেহারা পাংশুবর্ণ ধারণ করে। পূর্ণিমা ও অমাবস্তাতে এই রোগ বেশীর ভাগ বৃদ্ধি হয়।

শ্বাসজন্মার ফিটের সময় বন্ধ প্রতিধাতে (পারকসন) “হাইপার-রেজেন্সি” এবং আকর্ণনে অস্কালাটেসনে) এক প্রকার “কৌ” “কৌ”, “সাই” “সাই” (whizzing) শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়। শ্বাসজন্মার সহিত ব্রঙ্কাইটিস

থাকিলে “সিবিল্যান্ট সনোয়াস, ব্রঙ্কাই” অর্থাৎ পায়রার ছানার ডাকের মত শব্দ পাওয়া যায়।

যতপি রোগী পুনঃ পুনঃ শ্বাসজন্মা রোগে ভোগে এবং সময়ে কোন ভাল চিকিৎসাদি না হয় তাহা হইলে ভবিষ্যতে নিম্নলিখিত ব্যাধিগুলির কোন না কোন একটা ব্যাধি উপসর্গরূপে উপস্থিত হইতে পারে এবং এইরূপ কোন উপসর্গ শ্বাসজন্মা রোগীর জীবননাশক হইয়া থাকে। যথা

(ক) ড্রপ্সি (Dropsy);

(খ) হৃদপিণ্ডের পীড়া (Heart diseases);

(গ) শ্বাসকষ্ট (Dyspnea), এই শ্বাসকষ্ট প্রায় সর্বদা হয়, এবং সাধারণতঃ পরিশ্রমে ইহার আধিক্য হইয়া থাকে।

(ঘ) পুরাতন ব্রঙ্কাইটিস (Chronic bronchitis);

(ঙ) এম্ফিসেমা (Emphysema);

চিকিৎসাঃ—হাঁপানি অনেক কারণে হইতে পারে। সব সময় সব কারণ খুঁজিয়া বাহির করা সকলের পক্ষে সম্ভব হয় না,—বিশেষতঃ, পীড়াগার চিকিৎসকগণের অনেকেই পক্ষে। আবার রোগের কারণ দূর করিতে না পারিলে রোগ আরোগ্য করা যায় না। এই বিষয় সমস্তার সমাধানার্থ বিস্তৃত আলোচনা করিয়া লাভ নাই, বরং তাহাতে চিকিৎসা-প্রণালী আরও জটিল ও দুর্বোধ্য হইয়া পড়িবে। সুতরাং সাধারণ ভাবেই আমি চিকিৎসা-প্রণালী বিবৃত করিব। যে কোন কারণেই হাঁপানি পীড়া উপস্থিত হউক, যে সকল ঔষধ সব স্থলেই কার্যকরী হইতে পারে, তাহাই বলা বাইতেছে।

ম্যাজমা রোগের চিকিৎসা দুইভাগে বিভক্ত করা যায়। যথা—

(১) পথ্য ও স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় ব্যবস্থা
(Dietetic and Hygienic measure);

(২) ঔষধীয় চিকিৎসা (Medicinal treatment);

যথাক্রমে এই দুই রকম চিকিৎসার বিষয় বলা যাইতেছে।

(১) পথ্য ও স্বাস্থ্য সম্বন্ধীয় ব্যবস্থা :—ইপানি পীড়াগ্রস্ত রোগীকে সব সময়েই লঘুপাক পুষ্টিকর পথ্যের ব্যবস্থা করা কর্তব্য। কোন সময়েই উদর পূর্ণ করিয়া বা অতিরিক্ত আহার করা কর্তব্য নহে। রাত্রির আহার যতদূর সম্ভব লঘু ও কম হওয়া উচিত। সূর্যাস্তের পর আহার না করাই প্রশস্ত। ইপানির সঙ্গে ব্রকাইটিস বর্তমান থাকিলে যাহাতে রোগীর ঠাণ্ডা না লাগে, তৎপ্রতি লক্ষ্য রাখা কর্তব্য। ইপানি রোগীর পক্ষে ঠাণ্ডা জলে স্নান নিষিদ্ধ নহে, তবে ব্রিসিয়াল ম্যাজমায় বা ব্রকাইটিস বর্তমানে প্রত্যহ ঠাণ্ডা জলে স্নান করা সঙ্গত নহে। বায়ু পরিবর্তন, মুক্ত বিশুদ্ধ বায়ু সেবন হিতকর।

(২) ঔষধীয় চিকিৎসা :—দুই রকম উদ্দেশ্যে ঔষধীয় চিকিৎসা করা হয়। যথা—

(ক) ইপানির ফিট বা আক্কেপ দমনার্থ;

(খ) পীড়া আরোগ্য করণার্থ;

এই দুইটা উদ্দেশ্যে যে সকল ঔষধ ব্যবহার করা যায়, যথাক্রমে তাহাদের বিষয় বলা যাইতেছে।

(ক) আক্কেপনিবারক ঔষধ সমূহ :—ইপানির ফিট বা আক্কেপ দমন করিবার জন্য অনেক ঔষধ আছে, কিন্তু সব ঔষধ দ্বারা আশাশূন্যকর ফল পাওয়া যায় না। যে গুলির দ্বারা ভাল ফল পাওয়া যায়, এহলে তাহাদের বিষয়ই বলিব।

(১) এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন ১:১০০০

(Adrenalin Chloride Solution 1:1000):—

ইপানির ফিট নিবারণার্থ ইহা বেশ উপকারী, কিন্তু ইহাতে পীড়া একেবারে আরোগ্য হয় না। তবে অনেক সময় ইহা ইঞ্জেকসন দিয়া রোগীকে ৩—৬ মাস ভাল থাকিতে দেখা গিয়াছে। ইপানির ফিটের সময় ইহা ১০ মিনিট মাত্রায় হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য। কেহ কেহ ইহার সঙ্গে ০ মিনিম পিটুইটারিন মিশাইয়া ইঞ্জেকসন দেন। ইহাতে অধিকতর উপকার হয়।

(২) মর্ফিন ও এট্রোপিন (Morphine and Atropine):—

১/৪ গ্রেণ মর্ফিন ও ১/১২০ গ্রেণ এট্রোপিন সালফ (এইরূপ শক্তির ট্যাবলেট পাওয়া যায়) ১০।১২ ফোঁটা পরিস্রুত জলে দ্রব করিয়া হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসন দিলে ইপানির ফিট দমিত হয়। কিন্তু স্মরণ রাখা কর্তব্য—ইপানির সঙ্গে ব্রকাইটিস থাকিলে মর্ফিন ইঞ্জেকসন করা কদাচ কর্তব্য নহে।

(৩) এবাটমাইন (Ebatmine):—

ইহা লণ্ডনের সুপ্রসিদ্ধ অর্গানোথেরাপী কোম্পানির প্রস্তুত ইপানি রোগের একটি অভ্যুৎকৃষ্ট ফলপ্রদ ঔষধ। এড্রিনালিন ও পোষ্ট পিটুইটারিন সংযোগে বিশেষ প্রক্রিয়ায়, তরলাকারে প্রস্তুত ইহা ১ সি. সি. পরিমাণে এম্পুল মধ্যে থাকে। একটি এম্পুলের মধ্যস্থ সমুদয় ঔষধ একেবারে হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসন দিতে হয়। ইপানির ফিটের সময় ইহা ইঞ্জেকসন দিলে তৎক্ষণাৎ ফিট দমিত ও অন্ত্যস্ত কষ্টকর লক্ষণসমূহ দূরীভূত হইয়া রোগী শান্তিলাভ করে। অবস্থা বিশেষে দুইটা ইঞ্জেকসনেরও প্রয়োজন হয়। একবার ইঞ্জেকসনে সম্পূর্ণরূপে ফিট দমিত না হইলে ১০—১৫ মিনিট পরে পুনরায় আর একটি ইঞ্জেকসন দেওয়া কর্তব্য। ইহাতে উত্তম ফল পাওয়া যায়। এই ঔষধটি যে কেবল ইপানির ফিট দমনার্থই উপকারী, তাহা নহে; প্রত্যহ বা একদিন অন্তর ১ সি. সি. মাত্রায় ২।৩ সপ্তাহ ইঞ্জেকসন দিলে ইপানি পীড়া ভাল হইয়া যায়।

(৪) এপোমর্ফাইন হাইড্রোক্লোরাইড (*Apomorphine Hydrochloride*) :—ইপানির ফিটের সময় ইহা ১০ গ্রেণ মাত্রায় বিশোধিত জলে দ্রব করিয়া হাইপোডার্মিক ইন্জেকসন দিলে ফিট দমিত হয়। যে স্থলে রোগীর আহ্বারের পরই ফিট হয়, সেই স্থলেই ইহা উপকারী হইতে দেখা যায়। অল্প অবস্থায় ইহার প্রয়োগ নিষিদ্ধ।

(৫) এজমল (*Asmol*) :—ইহা এড্রিনালিন ও পিটুইট্রিনের সংযোগে প্রস্তুত। ইপানির ফিট দমনার্থ ইহাও বেশ উপকারী। ইহার ক্রিয়া এড্রিনালিন অপেক্ষা অধিকতর দীর্ঘস্থায়ী। ফিটের সময় ১ সি, সি, মাত্রায় হাইপোডার্মিক ইন্জেকসন দিলে শীঘ্রই ফিট দমিত হয়।

(৬) ইথিল আয়োডাইড এণ্ড ক্লোরফর্ম ক্যাপ্‌গুল (*Ethyl Iodide and Chloroform*) :—ইহার প্রতি ক্যাপ্‌গুলে ৫ মিনিম ইথিল আয়োডাইড এবং ১০ মিনিম ক্লোরফর্ম থাকে। ইপানির ফিটের সময় তুলার উপর ১টা ক্যাপ্‌গুল ভাঙ্গিয়া উহার ঘ্রাণ লইলে ফিট দমিত হয়। সব স্থলে কিন্তু ইহাতে আশামূলক ফল পাওয়া যায় না।

(৭) স্ট্রামোনিয়া সিগারেট (*Stramonium Cigarettes*) :—সাধারণ সিগারেটের ন্যায় ইহার ধূম পান করিলে ফিট দমিত হইতে পারে।

(৮) এমিল নাইট্রেট (*Amyl nitrate*) :—ইহার ১, ২, ৩, ৪, ৫, ৬ ও ১০ মিনিমের ক্যাপ্‌গুল পাওয়া যায়। ৪½ মিনিমের ১টা ক্যাপ্‌গুল এক টুকরা তুলার উপর ভাঙ্গিয়া উহার ঘ্রাণ লইলে ফিট দমিত হইতে পারে। একটা ক্যাপ্‌গুলে উপকার না হইলে পুনরায় আর প্রয়োগ করা কর্তব্য নহে।

(৯) পাইরিডিন (*Pyridin*) :—ইহা ১ ড্রাম পরিমাণে কমালে বা তুলার চালিয়া ঘ্রাণ লইলে ফিট দমিত হইতে পারে। ইহার সিগারেটের ধূমপানেও ফিট নিবারিত হয়।

(১০) হিমরড্‌স এজমা কিওর (*Himrod's Asthma cure*) :—ইহা চূর্ণাকার ঔষধ। একটা মাটির পাত্রে কিছু পরিমাণ এই গুড়া রাখিয়া আগুন ধরাইয়া দিলে যে ধূম উঠে, ঐ ধূম ঘ্রাণ লইলে ইপানির ফিট দমিত হয়।

(খ) আরোগ্যকরক চিকিৎসা :—পীড়া আরোগ্যকরণার্থ নিম্নলিখিত ঔষধগুলি ব্যবহৃত হয়। যথা—

(১) সোয়ামিন (*Soamin*) :—রাজমা রোগে সোয়ামিন (*Soamin*) ইন্জেকসন খুব প্রচলিত। ইহাতে ত্রিক্রিয়াল রাজমা বেশ আরোগ্য হইতে দেখা যায়। আমি সোয়ামিন ইন্জেকসন দিয়া শতকরা ২৫-৩০ জন ইপানি রোগী আরোগ্য হইতে দেখিয়াছি। সোয়ামিন ত্রিক্রিয়াল রাজমাতে সাধারণতঃ প্রযুক্ত হইয়া থাকে। নিম্নলিখিত নিয়মানুসারে সোয়ামিন ইন্জেকসন করিতে হয়। প্রথম দিনে ১ গ্রেণ সোয়ামিন ট্যাবলেট ১০/১২ বিন্দু পরিস্রুত জলে গলাইয়া হাইপোডার্মিক ইন্জেকসন দিতে হয়। তারপর ৩ দিন পরে পুনরায় ৩ গ্রেণ সোয়ামিন ইন্জেক্ট করিতে হইবে। অতঃপর আবার ৩ দিন পরে প্রত্যহ একবার করিয়া ৩ গ্রেণ মাত্রায় সোয়ামিন আরও ৩ দিন ইন্জেকসন দিতে হইবে। মোটের উপর পাঁচ দিনে ১৩ গ্রেণ সোয়ামিন ইন্জেক্ট করা কর্তব্য। ইহাতে রাজমা সম্পূর্ণ আরোগ্য হয়। কোন কোন স্থলে আরও ২৩টা সোয়ামিন ইন্জেকসনের দরকার হইয়া থাকে। যেখানে সোয়ামিন দিয়া আশামূলক ফল পাওয়া যায় নাই, সেখানে মাস দুই পরে পুনরায় আর এক পর্যায় সোয়ামিন উপরি উক্ত মাত্রাধারী এবং তৎসহ “রাজমা ভ্যাক্সিন” ইন্জেকসন দিয়া আমি সন্তোষজনক উপকার পাইয়াছি। এরূপ স্থলে প্রথমে সোয়ামিন ইন্জেকসন দিয়া, উহার তিন দিন পরে রাজমা ভ্যাক্সিন ১ সি, সি, মাত্রায় ইন্জেকসন দিতে হয়। অতঃপর আবার তিন দিন পরে সোয়ামিন ইন্জেক্ট করিতে হইবে। এইরূপ তিন দিন

অন্তর পর্যায়ক্রমে সোয়ামিন ও গ্যাজমা ভ্যাক্সিন ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য।

(২) পেপ্টোন সলিউশন (Peptone solution) :—ব্রুক্সিয়াল গ্যাজমায় আজকাল প্রোটিন থেরাপী (Protein therapy) মতে চিকিৎসা করিয়া বেশ সুফল পাওয়া যাইতেছে; এতদর্থে পেপ্টোন সলিউশন ব্যবহৃত হয়। ইহা সাধারণতঃ ইন্ট্রাভেনাস ও ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ করা হইয়া থাকে। নিম্নলিখিতরূপে ইঞ্জেকসন দেওয়া কর্তব্য। যথা—

(ক) ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ :—
ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনের জন্য ৫% পারসেন্ট পেপ্টোন সলিউশন ব্যবহৃত হয়। নিম্নলিখিতরূপে ইঞ্জেকসন বিধেয়।

১ম মাত্রা ...	০.৩ সি, সি, (৫ মিনিম)
২য় „ ...	০.৫ সি, সি, (৮ মিনিম)
৩য় „ ...	০.৯ „ „ (১১ মিনিম)
৪র্থ „ ...	০.৯ „ „ (১০½ মিনিম)
৫ম „ ...	১.১ „ „ (১৭½ মিনিম)
৬ষ্ঠ „ ...	১.৩ „ „ (২০ মিনিম)

অন্তঃপর ৭ম হইতে ১০ম মাত্রায় ১.৫ সি, সি (২৫ মিনিম) পরিমাণ ইঞ্জেকসন দিতে হইবে। এইরূপে ১০ দিন ইঞ্জেকসন দিলে অধিকাংশ ক্ষেত্রে পীড়া আরোগ্য হয়। ধীরে ধীরে শিরাস্থ মধ্য ঔষধ প্রয়োগ করা কর্তব্য। ৩—৫ দিন অন্তর ইঞ্জেকসন বিধেয়।

(খ) ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ :—
ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসনের জন্য ৭½% পারসেন্ট পেপ্টোন সলিউশন ব্যবহৃত হয়। ইহাও উপরি উক্ত নিয়মে ১০ দিন শেথী মধ্যে ইঞ্জেকসন দিতে হয়।

(৩) দুগ্ধ ইঞ্জেকসন (Milk injection) :—
আজকাল অনেকেই হাঁপানি রোগে বিশেষিত গোদুগ্ধ ২—৫ সি, সি, মাত্রায় ইঞ্জেকসন দিয়া সুফল প্রাপ্তির বিষয়

প্রকাশ করিয়াছেন। ইহা ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসন দিতে হয়।

(৪) ব্যাসিলাস টাইফোসাস (B. typhosus) :—
অনেকস্থলে কোন কোন হাঁপানি রোগী দীর্ঘকাল বাবৎ টাইফয়েড্ জরে ভুগিয়া আরাম হইবার পর তাহার হাঁপানি রোগটোও সারিয়া যাইতে অথবা কিছুদিনের জন্য পীড়া একেবারে স্থগিত থাকিতে দেখা যায়, সুতরাং ইহাতে স্পষ্ট বুঝা যায় যে, টাইফয়েড্ জর শরীরের মধ্যে এমন এক রকম ‘ইমিউনিটি’ (immunity) উৎপাদন করে বাহার ফলে হাঁপানি পীড়া আরোগ্য বা উপশম হয়। এইজন্যই অধুনা কোন কোন চিকিৎসক শিরাস্থ তিতর টাইফয়েড্ ব্যাসিলাস ইঞ্জেক্ট করিতেছেন। প্রতি সপ্তাহে একটি করিয়া ছয়টি ইঞ্জেকসন দরকার হয়। স্মরণ রাখা কর্তব্য—টাইফয়েড্ ব্যাসিলাসের প্রতি ইঞ্জেকসনে “প্রোটিন সন্ড” উৎপন্ন হয়, সুতরাং সব সময়েই এই ইঞ্জেকসন একটু বিবেচনা করিয়া দেওয়া উচিত।

(৫) বি-কলাই (B. Ooli) :—ব্যাসিলাস কলাই ইঞ্জেকসনেও শরীর মধ্যে এক রকম ইমিউনিটি উৎপাদিত হয়—বাহার ফলে হাঁপানি পীড়া আরোগ্য হইতে পারে। এতদর্থে প্রতি সি, সি, তে ২৫—১০০ মিলিয়ন মৃত বি-কলাই ব্যাসিলাস যুক্ত ভ্যাক্সিন ২—৩ মিনিম মাত্রায় হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে বিধেয়। প্রতি ইঞ্জেকসনে ২ মিনিম করিয়া মাত্রা বৃদ্ধি করা কর্তব্য।

(৬) রক্ত ইঞ্জেকসন (Blood injection) :—
ইহাকে অটোহিমো থেরাপী (Auto hemo-Therapy) বলে। হাঁপানি রোগীর শিরাস্থ হইতে ১ সি, সি রক্ত লইয়া তৎক্ষণাৎ ঐ রক্ত ঐ রোগীর শরীরের চামড়ার নীচে ইঞ্জেকসন দিতে হয়। প্রতি সপ্তাহে ১ বার করিয়া এই ইঞ্জেকসন বিধেয়। প্রতি ইঞ্জেকসনে ১ সি, সি, পরিমাণে মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ ৫ সি, সি, পর্যন্ত রক্ত ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য। ৫ সি, সি,র বেশী ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য নহে। মাত্রা ৫ সি, সি পর্যন্ত হইলে এই মাত্রায় অবশিষ্ট

ইঞ্জেক্সন দিতে হয়। ৭৮টা ইঞ্জেক্সনেই রোগীর উপকার হইতে দেখা যায়। স্বরণ রাখা কর্তব্য—হৃদপিণ্ডের পীড়াগ্রস্ত ব্যক্তি রোগীর রক্ত এইরূপে ইঞ্জেক্সন করা কর্তব্য নহে।

আমি ৭৮টা রোগীকে এইরূপে চিকিৎসা করিয়া বেশ ভাল ফল পাইয়াছি।

(৭) প্রোটিন সেন্সিটাইজেশন (Protein sensitisation) : প্রোটিন সেন্সিটাইজেশন নামক একটি দ্রব্য বাজারে ক্রয় করিতে পাওয়া যায়। উহার ভিতর অনেক রকম প্রোটিন থাকে, ইহার এক একটি করিয়া হাঁপানি রোগীকে ইঞ্জেক্সন করিতে হয়, যে প্রোটিন ইঞ্জেক্সনে হাঁপানি রোগটি বৃদ্ধি পায়, তৎপরিবর্তে অন্য প্রকার “প্রোটিন” রোগীকে ইঞ্জেক্সন করিলে যাজমা সারিয়া যায়। ইহার দাম অত্যন্ত বেশী, অনেকের পক্ষে রাখা সম্ভব নয়।

(৮) কলোসল ম্যাঙ্গানিজ (Collosol manganese) :—যাজমা রোগের পক্ষে ইহা একটি অতি উত্তম ঔষধ। যখন কিছুতেই হাঁপানি সারিতেছে না তখন ক্যাটারাল ভ্যাকসিন সহ ইহা ইঞ্জেক্সন দিলে বেশ ফল পাওয়া যায়। সপ্তাহে একটি করিয়া কলোসল ম্যাঙ্গানিজ ও একটি ক্যাটারাল ভ্যাকসিন ইঞ্জেক্সন দিতে হয়।

(৯) অটো-ভ্যাক্সিন (Auto vaccine) :—ত্রিমাণ যাজমা রোগীর গয়ের হইতে ভ্যাক্সিন প্রস্তুত করিয়া ঐ রোগীকে ইঞ্জেক্সন দিলেও অনেক সময়ে বেশ ফল পাওয়া যায়। কিন্তু ইহাতে ২৫।৩০টি ইঞ্জেক্সনের প্রকার হইয়া থাকে।

যাজমা রোগের ইঞ্জেক্সনের ঔষধ সম্বন্ধে বলা হইল। এক্ষণে যুগপৎ প্রযোজ্য ঔষধগুলির সম্বন্ধে কিছু বলিব। যাজমা রোগীর কোষ্ঠ সর্বদা পরিষ্কার রাখা উচিত। এতদ্ব্যতীত প্রাতি ২ চা-চামচ এনোস ফুট সল্ট সেবন করাইলে বেশ কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়।

নিম্নলিখিত মালিসিট প্রাতে ও সন্ধ্যায় হাঁপানি রোগীর বুকে ও পিঠে মালিশ করিয়া একটা গরম কাপড় দিয়া বাঁধিয়া রাখিলে রোগী বেশ আরাম ও উপকার বোধ করে।

Re.

লিনিমেন্ট ক্যাম্ফর কো:	...	৪ ড্রাম।
লাইকর এমোনিয়া (ফোর্ট)	...	১২ ড্রাম।
অয়েল ইউকেলিপ্টাস	...	২ ড্রাম।
স্পিরিট টারপেন্টাইন	...	১ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মালিস।

(১) পটাশ আয়োডাইড (Potass Iodide) :—হাঁপানি রোগের ইহা একটি ভাল ঔষধ। ফিট অবস্থায় অথবা ফিটের অবর্তমানে উভয় অবস্থাতেই ইহা প্রয়োগ করা চলে।

(২) আর্সেনিক (Arsenic) :—যাজমার সঙ্গে ব্রকাইটিস থাকিলে, ইহাতে বেশ উপকার হয়। যাজমার ফিটের সময় ইহা ফলদায়ক নহে। ইহা কিছুকাল ব্যবহার করিলে যাজমার আক্রমণ নিবারিত হইতে পারে।

নিম্নলিখিত ব্যৱস্থা কয়েকটা হাঁপানি রোগে ফলপ্রসূরূপে ব্যবহৃত হয়।

৩। Re.

পটাশ আয়োডাইড	...	৫ গ্রেণ।
স্পিরিট এমন এরোমেট	...	১৫ মিনিম।
টীং লোবেলিয়া ইথারিস	...	১৫ মিনিম।
ভাইনাম ইপেকাক	...	৫ মিনিম।
ইনফিউসন সেনেগা	এড	১ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য। ইহা বেশী দিন ব্যবহার করা সঙ্গত নহে।

৪। Re.

লাইকর আসেনিক	...	২ মিনিম।
স্পিরিট এমন এরোমেট	...	১৫ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরফরম	...	১৫ মিনিম।
একোয়া ক্যান্ডর	এড ১ আউন্স।	

একত্র এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৫। Re.

এমন কার্ব	...	৩ গ্রেণ।
স্পিরিট ইথার সালফ	...	২০ মিনিম।
পটাশ আয়োডাইড	...	৫ গ্রেণ।
টাং ট্র্যামোনিয়া	...	১০ মিনিম।
এক্সট্রাক্ট মিসিরাইজি লিকুইড	...	১/২ ড্রাম।
টাং নলভমিকা	...	৩ মিনিম।
লাইকর আসেনিকেলিস	...	২ মিনিম।
মিসারিং	...	১/২ ড্রাম।
একোয়া ক্যান্ডর	...	এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ ৩/৪ বার সেব্য।

৬। Re.

টাং বেলেডোনা	...	৫ মিনিম।
ডাইনাম ইপেকাক	...	১০ মিনিম।
পটাশ আয়োডাইড	...	৫ গ্রেণ।
টাং হায়োসায়ামাস	...	১০ মিনিম।
লাইকর আসেনিকেলিস	...	২ মিনিম।
একোয়া ক্লোরফরম	এড ১ আউন্স।	

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ ৩/৪ বার সেব্য।

“কুস্মল” নামক একটা পেটেন্ট ঔষধে বেশ উপকার পাওয়া যাইতেছে, ইহা ১ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ ২ বার সেবন করিতে হয়; ১০ দিনের ভিতরই ইহাতে উপকার বুঝা যায়। কিন্তু ফিটের সময় ইহা সেবনে যদি কোন রকম উপকার দেখিতে না পাওয়া যায়, তাহা হইলে ইহার আর ব্যবস্থা করা নিষিদ্ধ।

যাজ্ঞমা রোগীর চিকিৎসা আরম্ভ করিবার পূর্বে রোগীর নাসিকার ভিতর, গলার ভিতর ইত্যাদি স্থান ভাল করিয়া পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্তব্য। যতপি ঐ সকল স্থানের কোন পীড়া বর্তমান থাকে, তবে প্রথমেই উহাদের চিকিৎসা করা আবশ্যিক।

বাত, গাউট ও সন্ধিপ্ৰদাহে ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

অয়েল গালথেরিয়া	...	...	২ ড্রাম।
অয়েল অলিভি	...	...	২ ড্রাম।
টাং একোনাইট	...	...	২ ড্রাম।
টাং ওপিয়াই	...	...	২ ড্রাম।
লিনিমেন্ট স্ত্রাপোনিস	...	...	২ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া বেদনা ও ক্ষীতিযুক্ত গ্রন্থিতে লেপন পূর্বক তুল্য দ্বারা আবৃত করিয়া রাখিলে খুব শীঘ্র গ্রন্থির ক্ষীতি ও বেদনা উপশমিত হয়।

(Canada Lancet)

জ্বর—Fever.

লেখক—ডাঃ শ্রীবিভূতিভূষণ চন্দ্রবর্তী M. B.

কলিকাতা

(পূর্ব প্রকাশিত ৯ম সংখ্যার (পৌষ) ৪৫১ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—:~:~:~:—

টাইফয়েড্ ফিভার—Typhoid Fever.

অল্প হইতে রক্তশ্রাব বন্ধ হইবার পর ৪৮ ঘণ্টা পর্যন্ত রোগীকে শুষ্ক জল ও একটু তালের মিছরির জল কিম্বা এলবুমিন ওয়াটার (Albumen water) খাইতে দেওয়া কর্তব্য। ৪৮ ঘণ্টা রক্তশ্রাব বন্ধ থাকিলে, ধীরে ধীরে পূর্বোক্ত পথ্য দেওয়া হইবে। যদি মলত্যাগ না হয় তবে ২১ দিনের মধ্যে ইহার অল্প কিছুই করিতে হইবে না। যদি ৮৯ দিন পর্যন্ত রোগী মলত্যাগ না করে, তবে রাত্রে একটু অলিভ অয়েল (olive oil) গুল্ম্বারে দিয়া রাখিতে হইবে। ইহাতে পরদিন যদি মলত্যাগ না হয়, তবে আবার রাত্রে পূর্বোক্ত একটু বেশী অলিভ অয়েল গুল্ম্বারে প্রয়োগ করা কর্তব্য।

কিন্তু ইহাতেও যদি রোগী পরদিন মলত্যাগ না করে, তবে ১/২ আউন্স বা ১ আউন্স অলিভ অয়েল বা গ্লিসারিন (olive oil or glycerine) পিচকারী করিয়া সরলারে এনিমা দিলে কোষ্ঠ পরিষ্কৃত হইবে।

(৩) পাকস্থলীর তরুণ প্রসারণ (Acute dilatation of stomach) :—ইহা প্রায়ই হয় না। তবে বখন হয়, তখন হঠাৎ দেখা দেয়। পাকস্থলী প্রসারিত হইলে বমি হইতে থাকে, বমিতে হৃৎকম্পন দ্রব্য বাহির হয় ও নাড়ী বসিয়া (Collapse) যায়।

চিকিৎসা :—প্রচুর লবণ জল দিয়া পাকস্থলী খোঁচ করাইলে, রোগীর পা উচ্চে রাখা করিলে, রোগীকে ডান দিকে শোওয়াইলে উপশম হয়। কোল্যাপ্সের (collapse) অল্প আবশ্যক হইলে এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (Adrenalin chloride solution) ১০ বা ১৫ ফোঁটা জিহ্বার নীচে প্রয়োগ অথবা ক্যাফিন বা স্ট্রিকনাইন (Caffeine or Strychnine) ইঞ্জেকশনের ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

(৪) ব্রঙ্কাইটিস (Bronchitis) :—ইহাতে কাশি থাকে এবং ফুস্ফুস আকর্ণনে রালস্ (Rales) পাওয়া যায়। এই উপসর্গে নিম্নলিখিত ব্যবস্থায় বেশ উপকার পাওয়া যায়।

Re.

পটাস সাইট্রাস ... ১০ গ্রেণ।

পটাস ব্রোমাইড ... ৭ গ্রেণ।

সিরাপ টলু ... ১ ড্রাম।

একোয়া ক্লোরোফর্ম এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

কেহ কেহ ইহাতে ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট ৫ গ্রেণ মাত্রায় বা সিরাপ ক্যালশিয়াম হাইপোফস্ফ ১/২ ড্রাম মাত্রায়

প্রত্যহ দুইবার দিতে বলেন। মুলফোর্ডের পাইনো সোমনাস কর্ডিয়াল (Pino Somnos cordial) বিশেষ উপকারী। ব্রুকাইটিসের অবস্থানুযায়ী চিকিৎসা করা কর্তব্য।

(৫) হৃদপিণ্ডের দৌর্বল্য (Cardiac weakness) ৪—রোগগ্রীবাণুজ বিষ প্রভাবেই হৃদপিণ্ডের দুর্বলতা উপস্থিত হয়। হৃদপিণ্ডের মাংস পেশীসমূহের তিতর রোগের বিষ ছড়াইয়া পড়ে এবং উহার বিষ-ক্রিয়ায় হৃদপেশী দুর্বল ও অবসাদগ্রস্ত হইয়া থাকে। সাধারণতঃ জরীয় অবস্থার শেষের দিকেই এই উপসর্গ উপস্থিত হয়। এরূপ স্থলে হৃদপিণ্ডের উপর বলকারক ক্রিয়া প্রকাশ করে, এরূপ ঔষধ ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

যখন রক্তচাপ (blood pressure) হ্রাস এবং হৃদস্পন্দন অতীব দ্রুত, দুর্বল ও অনিয়মিত হয়, তখন হৃদপিণ্ডের উত্তেজক ঔষধ ব্যবস্থেয়। হৃদপিণ্ডের বলকারক ও উত্তেজক ঔষধের বিষয় ইতিপূর্বে (চিকিৎসা-প্রকাশ ৯ম সংখ্যার ৪৫১ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য) বলা হইয়াছে। এরূপ স্থলে ১/৪০—১/২০ গ্রেণ মাত্রায় ৪—৬ ঘণ্টান্তর ড্রীকনাইন ইঞ্জেকসনে বেশ ফল পাওয়া যায়। বৃদ্ধ ও অত্যন্ত দুর্বল রোগীকে ত্রাণ, তথ্য ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

হৃদপিণ্ডের দুর্বলতা এবং হৃদস্পন্দনের দ্রুতত্ব ও ক্ষীণতা যদি ক্রমাগত বাড়িতে থাকে, তাহা হইলে ডিজিটেলিস ব্যবস্থা করা কর্তব্য। ডিজিটেলিস সঞ্চদে দ্রবণ রাখা কর্তব্য যে, নির্দিষ্ট শক্তিসম্পন্ন না হইলে ডিজিটেলিসের কোন প্রয়োগরূপ ব্যবহারে কোন উপকার পাওয়া বাইতে পারে না। ডিজিটেলিসের এরূপ প্রয়োগরূপ ব্যবস্থা করা প্রয়োজন—বাহার প্রতি মাত্রায় অন্ততঃ ১১ গ্রেণ পাউডার ডিজিটেলিসের বীর্ধ্য বর্তমান থাকে। সাধারণ টিকার ডিজিটেলিস অপেক্ষা পার্ক ডেভিস কোম্পানীর ডিজিফোর্টিস (Digifortis) ৫ ৮ মিনিম কিম্বা ফ্লুইড এক্সট্রাক্ট অব ডিজিটেলিস (Fluid Extract of Digitalis) ১ মিনিম মুখপথে অথবা ডিজিটেলোন

(Digitalone) সলিউশন ৫—১৭ মিনিম (০.৩—১ সি সি.) মাত্রায় হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ করা যায়। মুখপথে ৬—৮ ঘণ্টান্তর দুই দিন প্রয়োগ করতঃ ১২ ঘণ্টা ডিজিটেলিস প্রয়োগ স্থগিত রাখা কর্তব্য। আন্ত উপকার প্রাপ্তির জন্ত ডিজিটেলিন ইঞ্জেকসন সহ ১৭—২৫ আউন্স নরম্যাল স্ট্রালাইন ইঞ্জেকসন করা উচিত।

হৃদক্রিয়া অত্যন্ত মন্দীভূত হইয়া পড়িলে কিম্বা হৃদক্রিয়া স্থগিত (heart failure) হইবার আশঙ্কা সম্ভাবনা হইলে, ক্যাম্ফর, ক্যাফিন, ইথার, মাস্ক ইন ইথার প্রভৃতি ইঞ্জেকসন এবং মুখপথে স্পিরিট এমন এরোমেট, স্পিরিট ইথার, এপোনোল প্রভৃতি ব্যবস্থেয়।

(৬) ফ্লেবাইটিস (Phlebitis) :— ৯ম সংখ্যা চিকিৎসা প্রকাশের ৪৪৪ পৃষ্ঠায় এই উপসর্গের বিষয় বলা হইয়াছে। যে অঙ্গের শিরার প্রদাহ হইয়া, থাকে সেই অঙ্গে বেদনা হয়, লাল হয়, জ্বর বাড়িয়া যায়, এবং রক্তের শ্বেতকণিকার সংখ্যা বৃদ্ধি হইয়া থাকে। সাধারণতঃ পদের শিরারই প্রদাহ হইতে দেখা যায়। ইহাতে পায়ের আঙ্গুল হইতে কুচুর্কি পর্য্যন্ত বেদনা ও সমস্ত স্থান আরক্তিম হয়।

চিকিৎসা :—আক্রান্ত অঙ্গ সম্পূর্ণ বিশ্রামে রাখার (absolute rest of the affected part) ব্যবস্থা করা কর্তব্য। পায়ের শিরার প্রদাহ হইলে সমস্ত পা ব্যাণ্ডেজ করিয়া উহা উপরে তুলিয়া রাখার ব্যবস্থা করা উচিত। আক্রান্ত অঙ্গে কোন প্রকার মালিশের ঔষধ ব্যবস্থা করা কদাচ কর্তব্য নহে।

আক্রান্ত স্থান তুলা দ্বারা আবৃত করিয়া সর্বদা ঐ তুলা গেড্ ও ওপিয়াম্ লোসনে ভিজাইয়া রাখিলে বেশ উপকার পাওয়া যায়। ম্যাগ্‌ সালফের চূড়ান্ত দ্রব (saturated solution of mag. sulph) দ্বারা সর্বদা ব্যাণ্ডেজ ভিজাইয়া রাখিলে বিশেষ উপকার হয়। বেদনা নিবারণের জন্ত অবস্থানুসারে মর্ফিয়া ইঞ্জেকসন করা বাইতে পারে।

তরুণ লক্ষণাদি উপশমিত হইবার পরও অন্ততঃ এক সপ্তাহ পা সুস্থিরভাবে রাখা কর্তব্য। পদের ক্ষতি সম্পূর্ণরূপে দূরীভূত না হওয়া পর্যন্ত পায়ে ইল্যাস্টিক ব্যাণ্ডেজ বান্ধিয়া রাখা বা ষ্টকিং ব্যবহার করা কর্তব্য।

(৭) নেফ্রাইটিস (Nephritis) :—

এই উপসর্গ উপস্থিত হইলে রোগীর প্রস্রাবে এলবুমিন (Albumen) পাওয়া যায়, প্রস্রাবের পরিমাণ হ্রাস, রোগীর মুখ ও পদব্বয় শোথগ্রস্ত হয় এবং প্রস্রাবে টিউব কাস্ট (tube cast) পাওয়া যায়। অধিকাংশ স্থলে এই উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। একজন্ম টাইফয়েড রোগীর প্রস্রাব বারংবার পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্তব্য।

চিকিৎসা : প্রস্রাব বাহাতে বাড়ে এবং প্রতিদিন বাহাতে প্রচুররূপে মলত্যাগ হয় তাহার ব্যবস্থা করা কর্তব্য। ইহাতে মূত্রবস্তুর উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগ নিষিদ্ধ। ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট বা ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড (Calcium lactate or Calcium chloride) পূর্ণ মাত্রায় (অর্থাৎ প্রত্যেক বারে ১০ গ্রেণ মাত্রায়) প্রয়োগ করিলে শীঘ্র সুফল পাওয়া যায়। ইহাই এই উপসর্গের একমাত্র ঔষধ বলিলেও অত্যুক্তি হয় না।

(৮) সিস্টাইটিস (Cystitis) :—এই উপসর্গ উপস্থিত হইলে রোগীর প্রস্রাবাধারে (ব্লাডার—bladder) বা ভলপেটে বেদনা, ঘন ঘন প্রস্রাবের ইচ্ছা, এবং অন্ন অন্ন প্রস্রাব হয়। প্রস্রাবে পুঁজ কোষ (pus cells), এপিথিলিয়াম (epithilium), কখন কখন ব্যাকটেরিয়াও পাওয়া যায়। টাইফয়েডে এই উপসর্গ খুব সাধারণ না হইলেও একেবারে বিরল নহে।

চিকিৎসা :—এই উপসর্গে হেক্সামিন (Hexamine) বিশেষ উপকারী। ইহা পূর্ণ মাত্রায় প্রয়োগ করা কর্তব্য। নিম্নলিখিত ব্যবস্থাটা দ্বারা ইহাতে বেশ উপকার পাওয়া যায়।

Re.

এসিড বোরিক	...	১৫ গ্রেণ।
সোডি বেঞ্জোয়াস	...	১০ গ্রেণ।
হেক্সামিন	...	১০ গ্রেণ।
সিরাপ অরেন্সাই	...	১ ড্রাম।
ইনফিউসন স্কোপেরাই	এড্	১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া এক মাত্র। প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

(৯) স্নায়বীয় উপসর্গ (Nervous complications) :—

রোগ-জীবাণুজ বিবেক বিক্রিয়ার ফলে টাইফয়েড রোগীর বিবিধ স্নায়বিক উপসর্গ উপস্থিত হইয়া থাকে। যে সকল রোগীকে যথানিয়মে লক্ষণানুযায়ী বাথ (bath), সেবা শুশ্রূষা ও পানাহারের ব্যবস্থা করা হয়, তাহাদের স্নায়বীয় উপসর্গ খুব কম স্থলেই উপস্থিত হইয়া থাকে। সাধারণতঃ নিম্নলিখিত কয়েকটা স্নায়বীয় উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। যথা—

(ক) শিরঃপীড়া (Headache) :—

পীড়ার প্রথম অবস্থাতেই শিরঃপীড়ার প্রবলতা লক্ষিত হয়। মাথায় ঠাণ্ডা জল বা বরফ (Ice bag) এবং সোডি ব্রোমাইড ২০—৩০ গ্রেণ মাত্রায় ৩৪ ঘণ্টান্তর সেবন করাইলে, শিরঃপীড়ায় উপশম হয়। হৃদময় শিরঃপীড়ায় ১/২ গ্রেণ কোডেইন বা ১/৮ গ্রেণ মর্ফাইন হাইপোডার্মিক ইন্জেক্সন করিলে সুফল পাওয়া যায়। অনেক স্থলে কোল্ড বাম প্রয়োগে জরীয় উত্তাপ হ্রাস হওয়ার সঙ্গে সঙ্গে শিরঃপীড়ায় উপশম হইয়া থাকে।

(খ) অনিদ্রা (Insomnia) :—

অধিকাংশ রোগীরই এই উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। স্নায়ুবিধানে রোগবিষের ক্রিয়া ফলে, স্নায়বীয় উত্তেজনা ঘটাইয়া পীড়ার প্রথমে অনিদ্রা উপস্থিত হয়। অনিদ্রায় শীতল জলে গাত্র স্পঞ্জ করা, মাথায় শীতল জল বা বরফ প্রয়োগ বিশেষ উপকারক।

দুর্বলতা প্রযুক্ত অনিদ্রা উপস্থিত হইলে ট্রিওনাল (Trional) ৫—১০ গ্রেণ মাত্রায় সেবন কিংবা ১/৪ গ্রেণ মর্ফিয়া হাইপোডার্মিক ইন্জেকসনরূপে প্রয়োগ করিলে উপকার হয়।

(গ) প্রলাপ (Delirium) :—ভুলবকা টাইফয়েডের এক রকম সঙ্গের শাণী বলিলেও অভ্যুত্থি হয় না। প্রলাপ দুই রকমের হয়। এক—রোগের প্রথমাবস্থায়; ইহা উগ্র প্রকৃতির। ইহাতে রোগী উচ্চৈঃস্বরে ভুল বকে, ঝোঁকে তেড়ে তেড়ে উঠিতে যায় বা উঠিয়া বসে, হাত পা ছোড়ে, অত্যন্ত দুর্বাস্ত হয়, কখনও বা বিকারের ঝোঁকে বিছানা হইতে উঠিয়া বাহির হইয়া পড়ে। এরূপ উগ্র রোগীর প্রলাপে মাথায় শীতল জলধারা, বরফপূর্ণ নলি (Ice bag) প্রয়োগ বা কোল্ড স্পঞ্জিং উপকারক। ইহাতে পটাশ বা সোডি রোমাইড, উপকারক। ভেরোনাল (Veronal) ২ গ্রেণ মাত্রায় ৪ ঘণ্টাস্তর বা পাইরামিডিন ৩—৫ গ্রেণ মাত্রায় ১ ঘণ্টাস্তর সেবন করাইলে বেশ উপকার পাওয়া যায়। ১/৪ গ্রেণ মর্ফিন হাইপোডার্মিক ইন্জেকসন দিলেও বেশ উপকার হইয়া থাকে।

আর এক রকম প্রলাপ রোগের শেষের দিকে হয়। ইহাকে মূঢ় প্রলাপ বলে। স্নায়ুবিধানের উত্তেজনা বশতঃ উগ্র প্রলাপ হয়; আর স্নায়বিক অবসাদ হেতু এই প্রকার মূঢ় প্রলাপ উপস্থিত হইয়া থাকে। ইহাতে রোগী মূঢ়স্বরে বিড়্ বিড়্ করিয়া আপন মনে ভুল বকে; চক্ষের বিব্রম উপস্থিত হয়, তজ্জন্য নানা প্রকার কাল্পনিক বস্তু নিকটে বা শূণ্ণে দর্শন করে এবং উহা ধরিতে যায়। রোগী বিছানা বালিশ ধরিয়া টানে, শয্যা খোঁচে বা হাতড়ায়, শূণ্ণে হস্ত চালনা করে, নিকটে লোক থাকিলে তাহাকে ধরিতে যায়, তাহার গা চিমটািয়া ধরে। এই রকম প্রলাপ অবসাদনেরই লক্ষণ। এইরূপ প্রলাপে উত্তেজক ও বলকারক ঔষধ ব্যবস্থায় ইহাতে নিয়ন্ত্রিত ঔষধটী বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়।

Re.

বিশুদ্ধ মাদ্র (মৃগনাভী) ...	৫ গ্রেণ।
বিশুদ্ধ মকরদ্বন্দ্ব ...	২ গ্রেণ।
ক্যাম্ফর ...	১/২ গ্রেণ।
একট্রাক্ট ট্রোফাস্কা ...	১/৪ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া কিঞ্চিৎ সিরাপ বা মধু সহ মাড়িয়া ২ ঘণ্টাস্তর সেবা। মাদ্র ইন ইথার, ক্যাম্ফর ইন ইথার ইন্জেকসনেও ইহাতে উপকার পাওয়া যায়।

কেহ কেহ এইরূপ প্রলাপে লাঘার পাংচার করিয়া ১০—২০ সি, সি স্পাইন্যাল ফ্লুইড নিষ্কাশিত করিতে বলেন। ইহাতেও বেশ উপকার হয়।

প্রলাপ যে আকারেরই হউক, স্মরণ রাখিতে হইবে—উহা রোগজীবাণুজ বিষেরই বিষক্রিয়ার ফল; স্তত্রতাং বাহাতে এই বিষ তরলীকৃত হইয়া শরীর হইতে নিষ্কাশিত হইয়া যাইতে পারে, তদুপায় অবলম্বন করা কর্তব্য। এতদখে রোগীকে প্রচুর পরিমাণে জলীয় পদার্থ পানের ব্যবস্থা করা সর্বতোভাবে প্রয়োজন। এই সকল বিষয় ইতি পূর্বেই চিকিৎসা-প্রকাশ ১ম সংখ্যা ৪৪৭ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য) বলা হইয়াছে। যপেষ্ট জলীয় পদার্থ পানে রোগবিষ তরল হইয়া উহা শরীর হইতে নিষ্কাশিত হইয়া যাইতে পারে।

(ঘ) মেনিঞ্জাইটিস (Meningitis) :—

ইহা অতীব সাংঘাতিক উপসর্গ। তবে ইহার উপস্থিতি অনেক কম। এই উপসর্গে লাঘার পাংচার করিয়া ১০—১৫ বা ২০ সি, সি, স্পাইন্যাল ফ্লুইড বাহির করিলে উপকার হয়। এন্টি-টাইফয়েড্ সিরাম (Anti-typhoid serum) ইন্জেকসনে উপকার হইয়া থাকে। কিন্তু স্পাইন্যাল ফ্লুইডে টাইফয়েড্ ব্যাসিলাস বিস্তারিত না থাকিলে, এই সিরাম প্রয়োগে কোন উপকার পাওয়া যায় না। স্পাইন্যাল ফ্লুইডে মেনিঞ্জোককাস জীবাণু পাওয়া গেলে, এন্টিমেনিঞ্জোককাস সিরাম ইন্জেকসন করা কর্তব্য।

(১০) কলিসিস্টাইটিস (Cholecystitis)

—গলব্লাডার অর্থাৎ পিত্তাশয়ের প্রদাহ) :—টাইফয়েড্

বাসিলাস কর্তৃক পিত্তাধারের প্রদাহ হওয়া, অসাধারণ ঘটনা নহে বরং খুবই সাধারণ। অনেক স্থলেই এই উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। ইহাতে যকৃতের উপর বেদনা হয়।

এই উপসর্গে রোগীকে সম্পূর্ণ শান্ত সুস্থিরভাবে রাখা কর্তব্য। যকৃত প্রদেশে বরফ প্রয়োগ এবং পূর্ণ মাত্রায় হেক্সামিন (Hexamine) সেবন করাইলে উপকার হয়। প্রত্যেক দিন মোটের উপর অন্ততঃ ৬০—৭৫ গ্রেণ হেক্সামিন প্রয়োগ করা কর্তব্য। ইহাতে পিত্তাশয়ে জীবাণুর বর্ধন স্থগিত হইয়া উপকার করে। পিত্তাশয়ের (Gall-bladder) অপ্রবল প্রদাহ ঔষধীয় চিকিৎসায় উপশমিত হইতে পারে, কিন্তু প্রবল প্রদাহে পিত্তাশয়ের অত্যধিক প্রসারিত, হৃদয বেদনা এবং সাধারণ লক্ষণ বর্ধিত হইলে কলিসিষ্টোটমি অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন হয়। কিন্তু এই অস্ত্রোপচার নিরাপদ নহে। সাংঘাতিক প্রদাহে গলরাদার ছিদ্র হইয়া রোগী সহসা মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারে।

(১১) ল্যারিঞ্জাইটিস (Laryngitis) :—
ঘন ঘন ও স্বরহারা কাশি, সর্দঙ্গ গলা শুড় শুড় করা এবং স্বরভঙ্গ এই রোগের বিশেষত্ব। সাধারণ ল্যারিঞ্জাইটিসে গলার উপর বরফ প্রয়োগ এবং মুখ দিয়া উষ্ণ জলীয় বাষ্প (steam) প্রয়োগ করিলে ইহার উপশম হয়। ষ্টিম অটোমাইজার দ্বারা জলীয় বাষ্প প্রয়োগ করা যায়।

টাইফয়েড ফিভারের সঙ্গে অনেক সময় ক্রতযুক্ত ল্যারিঞ্জাইটিস (ulcerative laryngitis) হইতে দেখা যায়। ইহার ফল সাংঘাতিক হইতে পারে। সাধারণতঃ মুখ বন্ধ হইয়া সংক্রমণ হইতে ইহার উৎপত্তি হয়। ইহাতে শ্বাসকষ্ট বা শ্বাসবিরোধ একটা সাংঘাতিক লক্ষণ। এই উপসর্গে টিং বেঞ্জোইন ইন্থেলেগন ও এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশনের (১ : ১০০০) স্প্রে উপকারক। হৃদয শ্বাসকষ্টে ট্রেকিওটিমি অস্ত্রোপচার ভিত্তি গত্যন্তর নাই।

(১২) প্রস্রাবরোধ (Retention of urine) :—টাইফয়েড ফিভারে প্রস্রাবরোধ হওয়া খুব সাধারণ। সুতরাং ইহার প্রতি লক্ষ্য রাখা কর্তব্য। এরূপ উপসর্গে হেক্সামিন প্রয়োগে উপকার পাওয়া যায়।

(১৩) ব্যাসিলুরিয়া (Bacilluria) :—
প্রস্রাব সহকারে কোন রোগজীবাণু বহির্গত হইলে তাৎকালে “ব্যাসিলুরিয়া” বলে। টাইফয়েড ফিভারে শতকরা প্রায় ২৫।৩০ জন রোগীর প্রস্রাব সহকারে টাইফয়েড ব্যাসিলাস বহির্গত হইতে দেখা যায় এবং পীড়ার কয়েকটা অবস্থায় এই ব্যাসিলাস বহির্গত হইতে থাকে। অনেক রোগীর ৩য় বা ৪র্থ সপ্তাহ—কোন কোন স্থলে রোগান্ত দৌর্লগ্যাবস্থা পর্যন্ত মূত্রে ব্যাসিলাস বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। মূত্র প্রণালীর মধ্য দিয়া ব্যাসিলাস মূত্র সহ বহির্গত হইলেও ইহার প্রথমে কোন প্রাদাহিক লক্ষণ উৎপাদন করে না কিন্তু শীঘ্রই ইহাদের দ্বারা মূত্র গ্রন্থির বন্দিদেশের (palvis) শৈল্পিক কিল্লির প্রদাহ উৎপাদিত হইয়া পায়েরাইটিস (Pyelitis) পীড়ার উদ্ভব হয়। পায়েরাইটিস উপস্থিত হইলে মূত্রগ্রন্থি প্রদেশে বেদনা, অস্বস্তিবোধ এবং প্রস্রাবে পুঁজ কোষ (pus cells) বা প্লেয়া (mucous) পাওয়া যায়।

পায়েরাইটিস পীড়া যাহাতে না হইতে পারে তজ্জন্য টাইফয়েড রোগীর প্রস্রাব মধ্যে মধ্যে পরীক্ষা করা কর্তব্য। প্রস্রাব পরীক্ষার যদি টাইফয়েড ব্যাসিলাস পাওয়া যায় তাহা হইলে ইউরিনারি এন্টিসেপ্টিক ঔষধ ব্যবহার করা কর্তব্য। এতদর্থে হেক্সামিন প্রয়োগে আশানুরূপ সফল পাওয়া যায়। প্রস্রাবে পুঁজ কোষ বা প্লেয়া পাওয়া গেলে এতদ্বারা উপকার হইতে থাকে। হেক্সামিন সহ এসিড ফক্কেট অব সোডিয়াম (১০ গ্রেণ) প্রয়োগে অধিকতর উপকার পাওয়া যায়। ইহা প্রত্যহ তিনবার সেবা।

(১৪) গ্রন্থি সম্বন্ধীয় উপসর্গ (Glandular Complications) :—টাইফয়েড রোগীর প্রায়ই কর্ণমূল গ্রন্থির (প্যারোটিড গ্যাণ্ড—

Parotid gland), স্তন-গ্রন্থি (ম্যাস্টোইড ম্যাস—Mastoid gland), অণ্ড গ্রন্থি (অর্কিক ম্যাস-orchic gland) প্রভৃতি বিবিধ গ্রন্থির প্রদাহ (parotitis—কর্ণমূল গ্রন্থির প্রদাহ—ইহাকে মাম্পস্ Mumps বলে; Mastitis—স্তন গ্রন্থির প্রদাহ; orchitis—অণ্ডগ্রন্থির প্রদাহ) ইহাতে দেখা যায় এবং প্রায় ইহা ফোটকে পরিণত হইয়া থাকে। এই উপসর্গগুলি খুবই সাধারণ। টাইফয়েড্ ব্যাসিলাস বা অন্ত্র প্রকার পূজোৎপাদক জীবাণু (Pyogenic bacillus) কর্তৃক এইরূপ উপসর্গ উপস্থিত হইয়া থাকে।

এইরূপ গ্রন্থি প্রদাহের প্রাথমিক অবস্থায় স্থানিক শৈত্য (বরফ) প্রয়োগ উপকারী। প্রদাহের প্রারম্ভে এন্টিফ্লোজিস্টিন, থাওফিউজ বা পেনোকোল প্রয়োগ করিলে অনেক স্থলে প্রদাহ দমিত হয়। ইহাতে উপকার না হইলে এবং উহাতে পূজ সঞ্চার হইলে, উষ্ণ সেক উপকারী। পূজ সঞ্চিত হইলে অস্ত্রোপচার করতঃ পূজ নির্গত করিয়া দিয়া পচননিবারক প্রণালীতে ড্রেস করা কর্তব্য।

(১৩) স্ফোটিক (Abscess) :—গ্রন্থি প্রদাহের দ্বারা উল্লিখিত কারণে টাইফয়েড্ রোগীর শরীরের বিবিধ স্থানে ফোটক উৎপত্তি হইতে দেখা যায়। ফোটক উৎপত্তি হইলে গ্রন্থি প্রদাহের দ্বারা চিকিৎসা করিতে হইবে।

(১৬) শয্যাক্ত (বেড সোর—bed-sore) :—ইহা একটা সাংঘাতিক উপসর্গ। যে কোন পীড়ায় রোগী দুর্বল ও রোগীর জীবনী-শক্তি ক্ষীণ হইলে এবং রোগী দীর্ঘকাল শয্যাশায়ী থাকিলে, শয্যার সঙ্গে দেহের যে যে অংশের চাপ লাগে, সেই সেই অংশে এইরূপ ক্ষত হইতে দেখা যায়। টাইফয়েড্ ফিভারে এই উপসর্গের উপস্থিতি খুবই সাধারণ। টাইফয়েড্ ফিভারে রোগী খুব দুর্বল হয়, রোগীর জীবনী-শক্তি কমিয়া যায় এবং রোগীকে দীর্ঘকাল শয্যায় শুইয়া থাকিতে হয়;

ইহার উপর রোগীর বিছানা যদি কঠিন হয়, রোগী যদি অস্থির হয়, সর্বদা এপাশ ওপাশ করে, শয্যার সহিত অঙ্গ বিশেষ ঘর্ষিত হয়, তাহা হইলে প্রায়ই শয্যাক্ত হইবার বিলম্ব সম্ভাবনা হইয়া থাকে।

এই বা একবারেই ফুটিয়া উঠে না—শয্যার সঙ্গে যে সকল স্থান সর্বদা সংলগ্ন থাকে, যে সকল অঙ্গ চাপ প্রাপ্ত বা ঘর্ষিত হয়, প্রথমে ঐ সকল স্থান ছড়িয়া বা লোন্‌চা বা ওয়ার মত হয় এবং মলমূত্রের সংস্পর্শে উহা ক্ষতে পরিণত হইয়া থাকে। এই ক্ষত পচনশীল এবং ইহা দ্রুত বাড়িয়া যায়। চিকিৎসক ও গুরুত্বাকারীর অমনোযোগিতায় অনেক স্থলে এইরূপ ক্ষতের উৎপত্তি বা ক্ষত বর্দ্ধিত হয়। প্রথম ইহাতে সাবধানতা অবলম্বন—অর্থাৎ দুর্বল শীর্ণ রোগীকে খুব পুষ্ক নরম বিছানায় শোওয়াইবার ব্যবস্থা করিলে, শরীরের যে সকল স্থান সর্বদা শয্যা সংলগ্ন বা ঘর্ষিত হয়, বা যে সকল স্থানের চর্শ পাংলা বা মাংসবিহীন, প্রত্যহ সেই সকল স্থান এলকোহল বা রেইকফায়েড্ স্পিরিট দ্বারা মুছাইয়া দিলে, প্রায়ই শয্যাক্ত হইবার আশঙ্কা দূর হয়। কোন স্থান লাল ও লোন্‌চা বা ওয়ার মত হইলে বা ছড়িয়া গেলেও ঐ স্থানে এলকোহল দ্বারা প্রত্যহ মুছাইয়া দিয়া ত্রিক্স অক্সাইড ছড়াইয়া দেওয়া কর্তব্য। প্রত্যহ ৪৫ বার এরূপ করা প্রয়োজন। এই সঙ্গে রোগীকে যথোচিত পুষ্টিকর পথ্যের ব্যবস্থা করা উচিত। যে সকল রোগী যথেষ্ট পুষ্টিকর পথ্য গ্রহণ করে, যথোচিত সেবা ও স্নেহের অধীন থাকে, এবং বাহ্যিক রোগীর শয্যা কঠিন না হয়, সর্বদা সর্বদা পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন থাকে, সে সকল রোগীর প্রায়ই শয্যাক্ত হইতে দেখা যায় না।

কোন স্থানে শয্যাক্ত হইবার সন্দেহ হইলে, প্রথমে ঐ স্থান সাবান জলে ধোত ও পরিষ্কার করতঃ সোডি বাইকার্বের ক্ষীণ দ্রব প্রয়োগ করিয়া ঐ স্থানে এলকোহল বা রেইকফায়েড্ স্পিরিট প্রয়োগ করা কর্তব্য। অতঃপর ঐ স্থানে ত্রিক্স অক্সাইড বা বোরোটেড টালকাম পাউডার অল্প চূর্ণাকারে ছড়াইয়া দিবে। কেহ কেহ সন্দেহযুক্ত

স্থানে এলকোহল দিয়া তদপরে ইকথিওল-কলোডিয়ন প্রয়োগ করিতে বলেন।

বেডসোরের চিকিৎসা :—শয্যাকৃত প্রকাশ পাইলে নিম্নলিখিতরূপে চিকিৎসা করা কর্তব্য। যথা—

(ক) প্রত্যহ হাইড্রোজেন পারক্সাইড দ্বারা ক্ষত পরিষ্কার করিতে হইবে।

(খ) হাইড্রোজেন পারক্সাইড দিয়া ক্ষত ধৌত করিবার পর এক কাপ আন্দাজ গরম জলে ৩০ ফোঁটা ক্লোরোজেন (Chlorogen) মিশ্রিত করিয়া, ক্ষত স্থানে সেই জলের সেক কিম্বা এই জল দ্বারা ক্ষত ধৌত করিয়া দিতে হইবে। ক্লোরোজেন মিশ্রিত উষ্ণ জলে এক ঋণ তুলী ভিজাইয়া উহা ক্ষতের উপর প্রয়োগ করিয়া সেক দিতে হয়। পুনঃপুনঃ এইরূপ ভাবে সেক দেওয়া কর্তব্য।

(গ) ক্ষতের চতুর্দিকস্থ স্থান এলকোহল দিয়া প্রত্যহ মুছাইয়া দিতে হইবে।

(ঘ) উল্লিখিত রূপে ক্ষত ধৌত এবং সেক দেওয়ার পর উহাতে স্থল বোরিক এসিড ছড়াইয়া দিয়া নিম্নলিখিত মলম দ্বারা ক্ষত ড্রেস করিয়া দিতে হইবে।

Re.

জিঙ্ক অক্সাইড ... ৪ ড্রাম।

ক্যাষ্টর অয়েল ... ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া মলম।

রেড স্কারলেট অয়েন্টমেন্ট ও (Red scarlet ointment) এই উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা যাইতে পারে। ক্ষত স্থানে এই মলম প্রয়োগ করিয়া তদুপরি ময়েট আয়োডোফরম গজ (Gauze) স্থাপন করতঃ ড্রেস করিয়া দিতে হইবে।

(ঙ) ক্ষতে মধ্যে মধ্যে হাওয়া লাগাইলে বেশ উপকার হয়।

(চ) সর্বদা ক্ষতের অবস্থার প্রতি এবং রোগীর মলমূত্র ত্যাগকালীন লক্ষ্য রাখা কর্তব্য। ক্ষতে মলমূত্র বা অন্য কোন দূষিত পদার্থ লাগিলে তৎক্ষণাতঃ পূর্ণোক্ত প্রকারে ক্ষত ধৌত, পরিষ্কার ও ড্রেস করিতে হইবে।

(ছ) বিছানার সঙ্গে ক্ষতস্থান যাহাতে ঘর্ষিত বা আঘাত প্রাপ্ত না হয়, তদ্বশতঃ উপযুক্ত ব্যবস্থা করিতে হইবে।

শয্যাকৃত যদি কোন উপায়েই উপশমিত না হয়—
উহা পচনশীল ও ক্রমাগত বাড়িয়াই চলে, তবে রোগীর ভাবীফল প্রায়ই অন্তঃ হইয়া থাকে।

(ক্রমশঃ)

রোগনির্ণয় তত্ত্ব—Diagnosis.

—:o:—

ফুস্ফুসীয় যক্ষ্মার প্রাথমিক অবস্থায় রোগ নির্ণয়

Early diagnosis in pulmonary tuberculosis.

লেখক—ডাঃ শ্রীরবীন্দ্র নাথ গুহ ঠাকুরতা M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন

কলিকাতা মেডিক্যাল কলেজ হস্পিটাল

কলিকাতা

—:o:—

ফুস্ফুসের যক্ষ্মা রোগ প্রায়ই প্রণয়নকারী নির্ণয় করা যায় না এবং যখন রোগ নির্ণীত হয়, তখন আর চিকিৎসার সময় থাকে না। আমাদের দেশে বর্তমানে যক্ষ্মারোগ হ্রাস করিয়া বাড়িয়া চলিতেছে। যাহাতে পল্লী চিকিৎসকগণ সহজেই এই পীড়ার প্রথম অবস্থাতেই রোগনির্ণয় করিয়া সূচিকিৎসা করিতে বা উপযুক্ত ব্যবস্থা করাইবার জন্য রোগীকে উপদেশ দিতে পারেন, সেই জন্য নিম্নে বিচক্ষণ যক্ষ্মা চিকিৎসকগণের অভিযত সংক্ষেপে উল্লেখ করিতেছি—

(১ম) শ্লেষ্মা পরীক্ষায় তন্মধ্যে টিউবার্কল জীবাণু বর্তমান না থাকিলেও, বিচক্ষণ চিকিৎসক রোগীর বক্ষ: পরীক্ষা এবং রোগীর অবস্থা পুনঃ পুনঃ বিশেষ ভাবে পর্যালোচনা করিলে পীড়ার প্রারম্ভেই এই রোগ নির্ণয় করিতে পারেন।

(২য়) যদি কাহারও সর্বদা অস্বচ্ছন্দতা, প্রবল রক্তহীনতা, অজীর্ণ, প্রত্যহ বিকালে ঘুমঘুমে জ্বর, সর্বদা বিশেষতঃ প্রাতে কাশি, দৈহিক শক্তি এবং ওজনের ক্রমিক হ্রাস হইতে থাকে, তাহা হইলে শ্লেষ্মা পরীক্ষায় যক্ষ্মাজীবাণুর অস্তিত্বমানতা সন্দেহ এই পীড়ার আক্রমণ সম্ভাবনা সন্দেহ' করা যায়। বিশেষতঃ যখন উল্লিখিত লক্ষণ সমূহের কোনও মুখ্য কারণ খুঁজিয়া

পাওয়া না যায়, তখন যক্ষ্মার আক্রমণ নিশ্চিত ধারণা করা যাইতে পারে।

(৩য়) ফুস্ফুস পরীক্ষায় যথেষ্ট রালস্ শব্দ শ্রুত হইলে এবং তৎসহ উল্লিখিত লক্ষণ সকল বর্তমান থাকিলে, এই রোগ সম্বন্ধে সন্দেহ হয়। পক্ষান্তরে, শ্লেষ্মার মধ্যে যক্ষ্মাজীবাণু বর্তমান থাকিলেও, তৎসহ টক্সিমিয়া এবং অন্যান্য লক্ষণাবলীর অবর্তমানে এই পীড়া হইয়াছে বলিয়া নিঃসন্দেহ হওয়া যায় না। পক্ষান্তরে শ্লেষ্মায় যক্ষ্মাজীবাণু পাওয়া গেলেই যে যক্ষ্মা হইয়াছে এবং জীবাণু অবর্তমানেই যে উহা যক্ষ্মা নহে, এক্ষণ সিদ্ধান্ত করা নিতান্ত ভুল।

(৪য়) শ্লেষ্মা পরীক্ষা করিয়া তন্মধ্যে যক্ষ্মাজীবাণু পাওয়া না গেলে তাহাতে কোনও মীমাংসা করা যায় না। তবে সন্দেহপূর্ণ রোগীর শ্লেষ্মা পুনঃ পুনঃ পরীক্ষা করা আবশ্যক। শ্লেষ্মায় অনেক সময়ে জীবাণু অবর্তমান থাকার কারণ এই যে, কোনও টিউবার্কল ব্যাসিলাসই কোমল নহে এবং ব্রংকিয়াল্ টিউব সহ ইহাদের কোনও সংযোগ নাই। কিম্বা ব্রংকিয়াল্ শ্রাব এত অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হয় যে, তন্মধ্যে অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা অপেক্ষাকৃত অতি অল্প সংখ্যক জীবাণুর বিস্তারিততা দৃষ্টিগোচর হয় না। কিন্তু এই শ্রাব গিনিপিগের উদর গহবরে ইন্কক্সন করিলে তাহাদের দোহে প্রচুর সংখ্যায় যক্ষ্মাজীবাণু পাওয়া যায়।

মূল কথা, কেবলমাত্র প্রেয়া পরীক্ষার ফলের উপর খাসকষ্ট, দৈহিক ওজনের ক্রমশঃ হ্রাস, প্রাতঃকালীন নির্ভর করিয়া রোগ নির্ণয় করা কর্তব্য নহে। তাহাতে কাশি, এই লক্ষণগুলির অন্তঃকোন প্রত্যক্ষ কারণ পাওয়া অনেক ক্ষেত্রে তুল হইতে পারে। রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্য, না গেলে, যক্ষ্মার সূত্রপাত জ্ঞাতব্য। ক্রমবর্ধনশীল শীর্ণতা, দৈহিক ক্ষয়, ক্ষীণকর জ্বর, দৌর্বল্য,



সিথেলিন-বি,—Synthalin-B.

(মধুমূত্র রোগে—in Diabetes mellitus)

লেখক—ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাশ M. B. C. P. & S. (c. p. s.)

M. R. I. P. H. (Eng.)

সিথেলিন (Synthalin) একটি নূতন ঔষধ। অতীব উপকারীরূপে অনুমোদিত হইয়াছে। কিছুদিন বার্গিনের সুবিখ্যাত ঔষধ প্রস্তুতকারক Schering-kahlbaum কর্তৃক প্রস্তুত। ইহার রাসায়নিক নাম—ডোডেকা-মিথিলিন-ডাইগুয়ানিডিন হাইড্রোক্লোরাইড (Dodeca methylen-di guanidine hydrochloride)। ইহা খেতবর্ণ দানাদার চূর্ণ; ট্যাবলেট আকারে প্রস্তুত।

ক্রিয়াঃ—ইহার ক্রিয়া অনেকটা ইনসুলিনের জায়; অধিকতর ইনসুলিন (Insulin) অপেক্ষাও ইহা নিরাপদ ও অধিকতর ফলপ্রসূ। ইহা সেবনে শীঘ্রই প্রস্রাবে শর্করার পরিমাণ হ্রাস হয়। রক্তস্থ শর্করারও সামঞ্জস্য হইয়া থাকে।

আমন্ত্রিক প্রকোপঃ—মধুমূত্র বা শর্করামূত্র (ডায়েবিটিস মেলিটাস—Diabetes mellitus) পীড়ায়

মধুমূত্র রোগের একটি সাংঘাতিক উপসর্গ—“এসিডোসিস” (Acidosis); সিথেলিন সেবনে এই সাংঘাতিক উপসর্গ সত্ত্বর উপশমিত হয়।

সিহেলিনের ক্রিয়ার শূন্য বিধায় ইহা সেবনের পর কোন অনিষ্টজনক উপসর্গ বা চরুক্ষণ উপস্থিত হয় না।

মৃদু ও মধ্য বিধ ডায়েবেটিস (Slight and moderate case of diabetes) পীড়ায় ইহা অতীব উপকারী। পীড়া অধিক দিন ব্যাপী বা সাংঘাতিক হইলে সিহেলিন সহ ইন্সুলিন প্রয়োগ করা কর্তব্য। বলা বাহুল্য, একরূপ স্থলে কম সংখ্যক ইন্সুলিন ইঞ্জেকসনেরই প্রয়োজন হয় এবং এস্থলে কম সংখ্যক ইন্সুলিন ইঞ্জেকসন করাও উচিত। যখন ইন্সুলিন ইঞ্জেকসন স্থগিত থাকিবে, তখন সিহেলিন-বি সেবন প্রারম্ভ বিধেয়।

কোমাগ্রস্ত (Diabetic coma) বা আসন্ন কোমা অবস্থায় সিহেলিন প্রয়োগ করা কর্তব্য নহে। একরূপ স্থলে ইন্সুলিন প্রয়োগ করা কর্তব্য।

প্যাংক্রেন :—ইহার ৫ মিলিগ্রামের (Mg.) ট্যাবলেট (০.০১৫ গ্রেণ) পাওয়া যায়। প্রতি শিশিতে ৬০ টি ট্যাবলেট থাকে।

মাত্রা :—৫ হইতে ১০ মিলিগ্রাম।

প্রয়োগ-প্রণালী :—নিম্নলিখিতরূপে ইহা সেবন করা হইতে হয়। যথা—

১ম দিন ১ টি ট্যাবলেট মাত্রায় ৩ বার সেব্য।

২য় „ ২ টি „ „ „ „ „ ।

৩য় „ ৩ টি „ „ „ „ „ ।

৪র্থ „ ঔষধ সেবন বন্ধ রাখিতে হইবে।

৫ম „ ২ টি ট্যাবলেট মাত্রায় ৩ বার সেব্য।

৬ষ্ঠ „ „ „ „ „ „ ।

৭ম „ „ „ „ „ „ ।

৮ম দিন ঔষধ সেবন বন্ধ রাখিতে হইবে।

এইরূপে ৩ দিন পর পর ২ টি ট্যাবলেট মাত্রায় ঔষধ সেবন করাইয়া প্রতি ৪র্থ দিবসে ঔষধ সেবন স্থগিত রাখিতে হইবে। এইরূপ ভাবে ৫—৪ সপ্তাহ চিকিৎসা করা কর্তব্য। বলা বাহুল্য, এই সঙ্গে পথ্য সম্বন্ধে যথোচিত ব্যবস্থা এবং অবস্থানুসারে ইন্সুলিন প্রয়োগ করা কর্তব্য।

প্রতিক্রিয়ায় উপসর্গ :—সিহেলিন

সেবনের পর প্রায় কোন উপসর্গ উপস্থিত হয় না। তবে কোন কোন স্থলে উদরাময় উপস্থিত হইতে দেখা যায়। সামান্য উদরাময়ে ঔষধ স্থগিত করার বা বিশেষ কোন চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না। তবে উদরাময়ের প্রাবল্য হইলে ট্যানিন বা ক্যালশিয়াম ষটিভ ঔষধ ব্যবস্থা করা কর্তব্য। এতদুপায় উদরাময়ে প্যানক্রিয়াস বা প্যানক্রোফোরিন (pankrophorin—ইহাও প্যানক্রিয়াসের একটি প্রয়োগরূপ) প্রয়োগে সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায়।

পাকস্থলী বা অন্ত্রিক উত্তেজনা বর্তমানে সিহেলিন-বি সেবনের সঙ্গে ক্যাম্ফর মনোব্রোম :—৭ গ্রেণ ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

ইন্সুলিন সহ সিহেলিন-বি,

প্রয়োগ :—দীর্ঘকাল ব্যাপী বা প্রবল মধুস্র পীড়ায় ইন্সুলিন ও সিহেলিন প্রয়োগ করিয়াও যদি প্রস্রাবে শর্করার পরিমাণ হ্রাস না হয়, তাহা হইলে ইন্সুলিন প্রয়োগ বন্ধ করিয়া, ২য় বা ৩য় দিবস হইতে সিহেলিন-বি প্রয়োগ করা কর্তব্য। ইন্সুলিন ইঞ্জেকসন ক্রমশঃ হ্রাস করিয়া উহা স্থগিত করিতে হইবে।

সম্ভ্রুতি একটি মধুস্র (শর্করা বহুস্র) রোগীকে সিহেলিন দ্বারা চিকিৎসা করিয়া সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য করিতে সক্ষম হইয়াছি। নিম্নে এই রোগীর চিকিৎসা-বিবরণ উল্লিখিত হইল।

রোগী—পুরুষ, বয়স ৩০।৩২ বৎসর। ইনি একজন চিকিৎসক। গত ১৯২৯ সালের অক্টোবর মাসে রোগী প্রথম আমার চিকিৎসাধীন হন। তখন তাহার সূত্র পরীক্ষা করিয়া তদ্ব্যযে ২৫% শর্করা পাওয়া গিয়াছিল। সাধারণ স্বাস্থ্য অতি সুন্দর দেখিয়া তাহাকে রোগী বলিয়া বুঝা যায় না। তাহার দৈনিক ওজন ২ মন ৭ সের ছিল। গুনিয়া পূর্বে ওজন আড়াই মন ছিল, ক্রমশঃ ওজন হ্রাস পাইয়াছে। ক্ষুধা বেশ আছে; দান্ত পরিষ্কার হয়; তবে মধ্যে মধ্যে হঠাৎ উদরাদয় হয়,

কিন্তু উহা বিনা ঔষধেই সারিয়া যায়। রাত্রে সুনিদ্রা হয় না। মধ্যে মধ্যে জ্বৎস্পন্দন হয়। দিবারাত্রে ১৫—২০ বার মূত্র ভাগ হয়। প্রবল তৃষ্ণা বর্তমান আছে। মূত্রের রং কিঞ্চিৎ গাঢ়।

মূত্র পরীক্ষায় ২১% শর্করা এবং মূত্রের আপেক্ষিক গুরুত্ব ১০২০ ছাড়া আর কিছুই পাওয়া গেল না। রোগী যথানিয়মে পরিশ্রম করেন, তাহাতে কোনও কষ্ট অনুভব করেন না। এতটী সন্তানের পিতা। স্ত্রীর ও সন্তানাদির স্বাস্থ্যও বেশ ভাল।

রোগীর উপদংশ বা প্রমেহ পীড়ার কোনও ইতিহাস নাই। পান, তামাক, সুরা কিছুই সেবন করেন না। বেশ শাস্ত প্রকৃতির যুব।

রোগী অন্ন আহার করিতে বেশী ভাল বাসেন। অতিরিক্ত শর্করা বা মিষ্ট দ্রব্য আহারের কোনও ইতিহাস নাই। বংশেও কাহারও মধুমূত্রের ইতিহাস বর্তমান নাই।

অন্তান্ত পরীক্ষায় রোগীকে বেশ সুস্থ বলিয়াই মনে হইল।

ব্যবস্থা :— অতিরিক্ত অন্ন আহার জ্ঞাত কার্কাহাইড্রেট পরিবর্তিত হইয়া উহা শর্করারূপে পরিণত এবং এই শর্করা রক্তে সঞ্চিত হইয়া বৃক্ক পথে মূত্র সহ নিঃসৃত হইতেছে বলিয়া আমার বিশ্বাস হইল। এই নিমিত্ত সর্ব প্রথমেই রোগীর পথ্যাদি পরিবর্তন করিবার ব্যবস্থা করিলাম।

রোগীকে অন্ন আহার এবং বি, দ্রব, মাখন ও চর্কিজাতীয় এবং শর্করা ও শর্করাযুক্ত খাদ্যাদি; আলু, গুড় ইত্যাদি একেবারেই বন্ধ করিয়া দিয়া নিম্নলিখিতরূপ পথ্যের ব্যবস্থা দিলাম।

প্রাতঃকালে—১ টুকরা ভূষির পাউরুটী ;

১টা অর্ধসিদ্ধ ডিম ;

১ পেয়াল চা ; চায়ে চিনির পরিবর্তে

১টা স্যাকারিন টাবলেট দিয়া মিষ্ট করিয়া লইতে বলা হইল ;

দ্বিপ্রহরে— কয়েক টুকরা মাছ ভাজা বা শাকসব্জী ;

সিদ্ধ ঝোল ;

কিছু সিদ্ধ মাংস ;

২।১ খানি জাতায় ভাপা লাল আটার রুটি ;

রাত্রে— দ্বিপ্রহরের তায় খাওয়া।

এতদ্ভিন্ন ১ ড্রাম মাত্রায় সোডি বাইকার্ব, জল সহ মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ তিনবার সেবন করিতে বলিলাম।

এইরূপ ব্যবস্থা করার ২ সপ্তাহ পরে রোগীর মূত্র পরীক্ষায় তন্মধ্যে মাত্র ১% শর্করা পাওয়া গেল। কিন্তু রোগী আর এরূপ খাওয়া আহার করিতে একেবারেই অনিচ্ছুক। কারণ, ইহাতে তিনি পূর্বাপেক্ষা দুর্বল বোধ করিতেছেন। সুতরাং কেবলমাত্র আহারের ধরা বাঁধা করিয়া চিকিৎসা করা চলিবে না ববেচনায়, তাহাকে প্রত্যহ ১.৪ ইউনিট হইতে আরম্ভ করিয়া ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ (২ ইউনিট পর্য্যন্ত) দ্বিপ্রহরে আহারের পূর্বে ১ মাত্রা করিয়া ইন্সুলিন দেওয়ার ব্যবস্থা করিলাম। ইন্সুলিন ইঞ্জেকসনের পর যথানিয়মে (পরিমাণে কম) অন্ন আহার করিতে বলিলাম। কেবল রাত্রে রুটি ও মাংস ব. মাছের ব্যবস্থা রাখিলাম। এই রোগে মাছ, মাংস, লাল আটা বা ভূষির রুটি খুব ভাল পথ্য।

প্রথম ৩ দিন ১/৪ ইউনিট ইন্সুলিন ইঞ্জেকসন দিবার পর মূত্র পরীক্ষা করিয়া তন্মধ্যে আর শর্কর পাওয়া গেল না। সুতরাং ৩ দিন ইঞ্জেকসন স্থগিত রাখিলাম। তাহার পর আবার মূত্র পরীক্ষা করিলাম এবং তন্মধ্যে পূর্ববৎ শর্করা পাওয়া গেল। ইহার পর মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া আরও কয়েকটা ইন্সুলিন ইঞ্জেকসন দিলাম। কিন্তু ফল একইরূপ হইতে দেখা গেল। অর্থাৎ যে দিন ইন্সুলিন ইঞ্জেকসন দেওয়া যায়, তাহার পর ২।৩ দিন রোগীর মূত্রে শর্করা থাকে না ; কিন্তু উহার পর পুনরায় পূর্ববৎ শর্করা পাওয়া যায়। ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে ইন্সুলিনের ক্রিয়ার স্থায়ীত্বও হ্রাস হইতে লাগিল অর্থাৎ ১—২ ইউনিট ইন্সুলিন ইঞ্জেকসন দিবার পর মাত্র

২১ দিন মূত্রে শর্করা পাওয়া যাইত না, তাহার পরই আবার শর্করা দেখা যাইত। ইহাতে রোগীর (নিজেই চিকিৎসক কিনা) ইন্স্যুলিনের উপর আস্থা রহিল না। আমারও ইন্স্যুলিনের উপর বিশেষ ভক্তি ছিল না। “ইন্স্যুলিন” দ্বারা পীড়ার প্রাবল্য দমিত ‘ম’ বটে, কিন্তু ইহা রোগ আরোগ্য করিতে পারে না। রোগী ‘ইন্স্যুলিন’ চিকিৎসায় বত দিন থাকিবে, ততদিন রক্ত শর্করাশূন্য থাকে, কাজেই মূত্রে শর্করা পাওয়া যায় না এবং রোগীও কতকটা ভালই থাকে। কিন্তু রোগ আরোগ্য করিবার শক্তি ইহার আদৌ নাই। এস্থলে আরও দেখা গেল যে, রোগীর মূত্রে এখন যে দিন শর্করা পাওয়া যাইত, সে দিন উহার পরিমাণ ৪% হইতে ৫% পর্যন্ত হইত। ইহাতে বিরক্ত হইয়া রোগী কবিরাজী চিকিৎসা করাইতে মনস্থ করিলেন।

ইহার পর দীর্ঘকাল উক্ত রোগীর সহিত আমার সাক্ষাৎ হয় নাই। অতঃপর একদিন আমার সঙ্গে ইনি দেখা করিয়া বলিলেন যে, কবিরাজী চিকিৎসাতেও কিছুই ফল হয় নাই; কেবলমাত্র মূত্রের পরিমাণ ও সংখ্যা হ্রাস পাইয়াছে। এক্ষণে শর্করার পরিমাণ প্রায় ৫%; মূত্রের প্রতিক্রিয়া ঋণ এবং উহাতে কিছুই এসিটোন বর্তমান আছে। ইহাতে ইনি অত্যন্ত ভীত হইয়া আমার পরামর্শ লইতে আসিয়াছেন।

কিছু দিন পূর্বে বার্লিনের (জার্মানি) প্রসিদ্ধ ঔষধ প্রস্তুতকারক Schering kahlbaum সিঙ্গেলিনের* নমুনা ও ব্যবস্থাপত্র এবং ইহার উপকারিতা সম্বন্ধে বহু বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের অভিমত সম্বলিত বিবরণী পুস্তিকা পাঠাইয়াছিলেন। দেখিলাম—অনেক বিখ্যাত চিকিৎসকই ইহা মধুমহ রোগে ব্যবহার করিয়া সন্তোষজনক উপকার

প্রাপ্তির বিষয় প্রকাশ করিয়াছেন। এই রোগীকে ইহা পরীক্ষা করিতে ইচ্ছুক হইলাম। রোগীও এই ঔষধটা ব্যবহার করিয়া দেখিতে উৎসুক হইলেন। এই ঔষধ সেবনের সঙ্গে আহারাদির বিশেষ ধরা বান্ধা করার দরকার হয় না; তবে মিষ্ট দ্রব্য, শর্করা, অন্ন, আলু প্রভৃতি বত না খাওয়া যায়, ততই ভাল। যাহা হউক শর্করা, মিষ্টাদি এককালীন স্থগিত ও অন্নাহার খুব কম করিতে বলিয়া নিম্নলিখিতরূপে সিঙ্গেলিন ব্যবস্থা করিলাম। যথা—

প্রথমতঃ ১টা ট্যাবলেট মাত্রায় প্রত্যহ ২ বার করিয়া, তারপর ক্রমশঃ মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ ২টা করিয়া ট্যাবলেট দিনে ৩ বার সেবনের ব্যবস্থা করিলাম। ৩ দিন ঔষধ সেবনের পর ১ দিন করিয়া ঔষধ সেবন বন্ধ রাখিতে উপদেশ দিলাম।

উল্লিখিত নিয়মে ১০ দিন ঔষধ সেবনের পর মূত্র পরীক্ষা করিয়া তন্মধ্যে শর্করা পাওয়া গেল না। মূত্রের আপেক্ষিক গুরুত্ব ১.০১৪; প্রতিক্রিয়া ক্ষার এবং উহাতে আর এসিটোন ছিল না।

প্রায় একমাস সিঙ্গেলিন সেবনের পর কিছু দিন উহা সেবন বন্ধ করিয়া দিলাম। কিন্তু তারপর মূত্র পরীক্ষা করিয়া তন্মধ্যে পুনরায় ৫% শর্করা পাওয়া গেল। এক্ষণে দেখা গেল যে, রোগীর ওজন ক্রমশঃ হ্রাস এবং মধুমূত্রের অগ্রাঙ্ক লক্ষণ সমূহও প্রকাশ পাইতেছে।

রোগীকে আরও কিছু দিন এই ঔষধ সেবন করাইয়াও বিশেষ কোনও ফল পাওয়া গেল না। যতদিন ঔষধ সেবন করান যায়, ঠিক ততদিন রোগীর মূত্র শর্করাশূন্য থাকে, আবার ঔষধ বন্ধ করিলেই মূত্রে পূর্ববৎ শর্করা পাওয়া যায়। ঠিক এই সময়ে “সেরিং” পরীক্ষার জন্য আমাকে সিঙ্গেলিন-বি, (Synthalin-B)

নামক সিঙ্গেলিনের উন্নত প্রয়োগরূপের ১ শিশি ট্যাবলেট ও উহার ব্যবহার-প্রণালী পাঠাইয়াছিলেন। সিঙ্গেলিনের এই উন্নত ও পরিবর্তিত প্রয়োগরূপটা পরীক্ষার্থ উক্ত রোগীকে ইহা প্রয়োগ করিতে ইচ্ছুক হইয়া, ইহাকে পূর্বোক্ত সিঙ্গেলিন ৪১ দিন সেবন বন্ধ রাখিতে বলিলাম।

* প্রথমতঃ সিঙ্গেলিন (Synthalin) বেরণ ভাবে প্রস্তুত হইয়াছিল, তাহাতে এতদ্বারা আশাশূন্য হইত না হওয়ার—পরন্তু, ইহাতে পাকস্থলীর গোলযোগ হইতে থাকায়, অতঃপর ইহা অধিকতর উন্নত প্রণালীতে ও নির্দোষভাবে প্রস্তুত করিয়া “সিঙ্গেলিন-বি” (Synthalin-B) নামে প্রচার করা হইয়াছে।

৫ দিন পরে রোগীর মূত্র পরীক্ষা করিয়া তন্মধ্যে ৫% শর্করা ও মূত্রের আপেক্ষিক গুরুত্ব ১০২০ পাইলাম। এই দিন হইতে “সিঙ্গেলিন-বি” ট্যাবলেট নিয়মিতরূপে সেবন ব্যবস্থা করিলাম:—

১ম দিন = ১টা করিয়া তিনবারে ৩টা ট্যাবলেট।

২য় „ = ২ „ „ „ ৬টা „ ।

৩য় „ = ২ „ „ „ „ ।

৪র্থ „ = ঔষধ বন্ধ।

৫ম—৭ম দিন ২টা করিয়া „ ৬টা „ ।

৮ম „ = ঔষধ বন্ধ।

অতঃপর ৩ দিন উপযুক্তপরি, প্রতিবারে ২টা করিয়া দৈনিক ৬টা বটিকা সেবন করতঃ, প্রতি ৪র্থ দিবসে ঔষধ বন্ধ রাখিবার উপদেশ দিলাম। আহারাদি যথানিয়মে ইচ্ছামত করিতে বলিলাম।

৪।৫ দিন ঔষধ ব্যবহারের পর মূত্র পরীক্ষা করিয়া তন্মধ্যে ১/২% শর্করা পাওয়া গেল।

১০ দিন ঔষধ ব্যবহারের পর মূত্র একেবারেই শর্করাশূন্য হইয়াছে দেখা গেল।

এই রোগীকে ১ শিশি সিঙ্গেলিন-বি সেবন করাইয়া উহার ফল পরীক্ষা করণার্থ ঔষধ বন্ধ করিয়া দেওয়া হইল। ঔষধ বন্ধ করিবার পর প্রতি ১৫ দিবস অন্তর ২ মাস কাল মূত্র পরীক্ষা করিয়া, মূত্রে আর শর্করা বাহির হইতে দেখা যায় নাই। অতঃপর রোগীকে আর ঔষধ দেওয়া হয় নাই, তবে শর্করা ও শর্করাযুক্ত খাদ্য অল্প পরিমাণে আহারের উপদেশ দেওয়া হইয়াছিল। এখন রোগী বেশ সুস্থ আছেন। গত ১৫।১০।৩০ তারিখে—পুনরায় উহার মূত্র পরীক্ষা করিয়াছি, মূত্রে আদৌ শর্করা পাই নাই।

আমার মনে হয়—মধুমূত্র রোগে “সিঙ্গেলিন-বি” একটা অভিনব ফলপ্রদ ঔষধ। তবে ইহা আরও অধিক স্থলে পরীক্ষিত হওয়া প্রয়োজন। আশা করি চিকিৎসকবৃন্দ এই ঔষধটি ব্যবহার করাইয়া ইহার ফলাফল প্রকাশ করিয়া বাণিত করিবেন।



ম্যালেরিয়া জ্বরের দেশীয় ঔষধ

লেখক—ডাক্তার শ্রীবসন্তকুমার চৌধুরী এল, এম, এস,

—o—

বাল্যকালের অনেক ঘটনার স্মৃতি বোঝা বহন করে সারা জীবন চলতে হয়। জীবনে এমন একদিন আসে—যখন সেই স্মৃতিটুকু আবার বাস্তবে পরিণত করে দেখতে

ইচ্ছা হয়। তখন মনের প্রকৃত বাসনাকে দমন করে রাখা কঠিন; বারবার সেই পুরাণে বাল্যস্মৃতির পৃথিবীখানির পাতা উন্টে দেখতে সাধ হয়। যে ঘটনাটি তুচ্ছ-তাচ্ছিল্যে

কাটান যায়, তারই স্থিতি তখন জীবনের মধ্যে বড় হ'য়ে উঠে এবং তার উপেক্ষিত কাঁটাটুকু কেবলি অন্তরের মধ্যে খোঁচা দিতে থাকে। এই পুরাণো পড়া মনে করার ইচ্ছা আর কিছুতেই দমন করা যায় না। আমার জীবনেও ছেলেবেলার একটা ঘটনা সমস্ত জীবনকে মহামহিমাযিত ক'রে রেখেছে ; আজ এই জীবনসারাফে তারই পুণ্যস্থিতি বহন ক'রে জীবনের অপর পারে পৌঁছতে চলেছি। এইরূপ বাল্যের একটা মধুময় স্থিতি নিয়ে সুদূর পল্লী-ভ্রমণে বেরিয়ে ত্রিশ বৎসর পরে যা শিখেছি, আজ তাই জন-সাধারণকে ব'লতে ইচ্ছা ক'রেছি।

আমার বয়স তখন সাত বৎসর, তখন কোন সুদূর পল্লীর সমৃদ্ধিশালী পরিবারে আশ্রয় নিয়েছিলাম। তখন সে পল্লীতে বিলাসোপকরণ ছিল না, কলে-ছাটাই বালাম চাউলের আমদানী ছিল না। সাবান-এসেন্স পাওয়া যেত না। তখন এনামেল ও কাঁচপাত্রের ভোজন অস্বচ্ছাচার বলে পরিগণিত হ'ত। খৈল, গোবর তাদের পচন-নিবারকের কার্য ক'রত। তখন লোক সুখী, ক্ষুর্তিযুক্ত, সদালাপী, মিষ্টভাবী ও বলিষ্ঠকায় ছিল ; পরস্পরের সহায়ভূতি নিয়ে শান্তিতে বসবাস ক'রত। আমার আশ্রয়দাতার পরিবার আমাকে নিতান্ত আপনায় ক'রে নিয়েছিলেন। সে বাড়ীর কর্তা-কর্ত্রী হ'তে চাকর-চাকরাণীগুলোও আমার আপনায় জন ছিল। তারা আমাকে কতই যত্ন ক'রত। দীর্ঘ দ্বাদশ বর্ষকাল আমি তথায় লালিত পালিত ও শিক্ষিত হই। সে পল্লী এখনও সভ্যতালোকের অনেক দূরে অবস্থিত। এখন এই রেল-ষ্টমারের যুগেও তথায় যাবার কোন সহজসাধ্য পন্থা নেই। কেবল বর্ষায় নৌকা-যোগে যাওয়া যায়।

সেখান থেকে চলে আসবার ত্রিশ বৎসর পরে, দাসত্ব-শৃঙ্খলের নিকট হ'তে কিছুদিনের জন্ত ছুটি নিয়ে, এক ভরা ভাঙ্গে ষ্টেশন হ'তে নৌকা যোগে কচুরীপানা ভেদ ক'রতে ক'রতে বাল্যের স্থিতি-বিজড়িত আমার সেই প্রিয়তম পল্লীভবনে উপনীত হই। 'দেখলাম—সেকালের সেই আনন্দ কোলাহলময়ী পল্লী নীরব, নিধর, লোকশূন্য ও খাপদশহীন

ভীতিপ্রদ জঙ্গলে পরিপূর্ণ। ছ চার খানা শূন্য জঙ্গলময় ভিটার উপর এক এক খানি জীর্ণ কুটারে ক্ষীণকায় স্ত্রী-শবকুং-সংযুক্ত অরে-জর্জরিত ৩৪টা স্ত্রী-পুরুষ দারিদ্রতার বোঝা মাথায় নিয়ে খেছোতের জায় এখনও তাদের জীবনপ্রদীপ কোনমতে জালিয়ে আছে—সেই দূর অতীত সুখের স্থিতি বহন করে। সমস্ত পল্লীতেই ম্যালেরিয়ার তাণ্ডব নৃত্য ; পাটপচা পানীয়, কচুরী পানার কুরক্ষেত্র—যেরে যেরে হুঃখ-দারিদ্র-জনিত করুণ ক্রন্দনের রোল।

পাশ্চাত্য চিকিৎসা-বিজ্ঞান শিখেছি—বিশিষ্ট জীবাণু-নিঃসৃত বিষ হ'তে ম্যালেরিয়ার উৎপত্তি হয় এবং কুইনাইন তার বিষয়। ম্যালেরিয়ার কুইনাইন ব্যতীত আর কোন ঔষধ জন্মেনি, জন্মাতে পারে না। ২৩ দিন পল্লীবাসের পরেই তথাকার ম্যালেরিয়া-দেবী আমার দেহের উপর কৃপাবর্ষণ ক'রতে আরম্ভ ক'রলেন। ৩৪ দিনের অরেই আমার নখর গঠন স্থলকায় দেহ শীর্ণ করে দিল ; আমার আহার নিদ্রা, মল-মূত্র ত্যাগ, জীবন-যাত্রার সকল কার্যেই বিশৃঙ্খলা আনয়ন ক'রল। ক্রমে এমন অবস্থা হ'ল যে, সেস্থান হ'তে পালাবার শক্তি নেই। ক্রমে আমি দুর্বল, ক্ষীণকায়—তথাকার অধিবাসিদের শ্রেণীভুক্ত হ'য়ে প'ড়লাম। ঔষধ নেই, সুপথ্য নেই, সুপেয় পানীয় নেই,—এমন কারাগারেও মাছুষ বাস করে। হুঃখে, কষ্টে, দুশ্চিন্তায়, প্রিয়জন-বিরহে আমি অধীর হ'য়ে প'ড়লাম। আমার বড় ডাক্তার নামের গৌরব ম্লান, বিগতপ্রায় হ'ল।

সেই সময় তথাকার এক বর্ষীয়সী মাতৃস্বরূপা মহিলা আমার এই জীবন-মরণের সন্ধিস্থলে এসে, আমাকে এক টোটকা ঔষধ সেবন করিয়ে আমার জ্ঞান রক্ষা করেন। তাঁর সেই ঔষধ সেবনে আমি আমার জ্ঞান নিয়ে হতগোরবে প্রিধানাবস্থায় ফিরতে সক্ষম হই। এখন পর্যন্ত ম্যালেরিয়াগ্রস্ত রোগীকে আমি সেই ঔষধেই চিকিৎসা করি। আজ জীবনের অপরাহ্নে সর্বসাধারণের উপকারার্থ, আমার সেই স্বর্গীয়া মাতৃদেবীর স্থিতিটুকু

সজীবিত রাখবার উদ্দেশ্যে, ঔষধটিকে সর্বসাধারণে প্রচার করিতে প্রয়াস পাছি। ঔষধটি এই—

Re.

নাটাগাছের ডগা	...	১ ভাগ
গোলমরিচ	...	১/২ ভাগ
সৈন্ধব লবণ	...	১/৪ ভাগ

এই জিনিষ গুলো একত্রে পাটায় (শিলে) বাটিয়া বড়ি ক'রতে হবে। বড়িগুলির আকার এমন হবে—যাতে বড়িগুলি শুকা'লে প্রত্যেকটি যেন একটা বুটের (ছোলা) পরিমাণ থাকে। এ ছাড়া কতকগুলো বড়ি মটর প্রমাণ অর্থাৎ বড়িগুলো শুকা'লে, তাহাদের এক একটার আকার মটরের মত হ'তে পারে, এরূপ আকারে বড়ি ক'রতে হ'বে। নাটাগাছের যে ডগাগুলি ফুটে এখনও পাতা বা'র হয়নি এবং লতান অবস্থায় আছে, এই রকম কচি ডগা নিয়ে ধুয়ে বাটতে হয়। বড়িগুলি রোদ্রে শুকিয়ে শক্ত ক'রে শিশিতে রাখলে দীর্ঘ দিনেও নষ্ট বা বিকৃত হয় না। এই বড়ী জরে বা বিজরে লক্ষণানুযায়ী অনুপান ভেদে সেবন ক'রলে নিশ্চয়ই শরীর হ'তে ম্যালেরিয়া বিষ দূরীভূত হয় এবং ইহা দীর্ঘ দিন ব্যবহার ক'রলে, মল মূত্র সরল হয়, ক্ষুধা বৃদ্ধি হয় ও শরীরে নূতন রক্ত কণিকা জন্মায়। আমি ডাক্তার বলে, অনুপান ভেদে ব্যবস্থা ক'রবার সর্বদা সুযোগ না পেলেও শুধু বড়ি সেবন করিয়েও যথেষ্ট উপকার দেখতে পাই।

অবস্থাভেদে অনুপানঃ—যে অনুপানে যখন যে অবস্থায় ব্যবহার করার নিয়ম, তা এস্থলে উল্লেখ ক'রলাম।

১। শীত, কম্প, পিপাসা ও ঝালায়—মিশ্রিত সরবৎ সহযোগে সেব্য।

২। বর্ষাবস্থায়—পানের রস ও মধু সহযোগে সেব্য।

৩। বিজ্ঞাপনস্থায়—নিমছালের রস ও মধুসহ সেব্য।

৪। কোষ্ঠ অপরিষ্কার থাকলে—ধনে ও পলতার কাণ্ড সহযোগে সেব্য।

৫। কাশি থাক'লে—বাসক পাতা ও আদার রস এবং মধু সহযোগে সেব্য।

৬। যকৃতের গোলযোগ বর্তমানে—কালমেঘের রস ও মধু সহযোগে সেব্য।

৭। পেটের অস্থখ সহ জরে—মুখার রস ও মধু সহ সেব্য।

৮। আমাশয় বর্তমানে আয়াপানের রস ও মধু সহযোগে সেব্য।

৯। শক্ত ও বড় প্লীহা বর্তমানে—লেবুর রস সহযোগে সেব্য।

১০। পুরাতন ঘূসু-ঘূসে জরে—শেফালিক পাতার রস ও মধু সহযোগে সেবন করলে উপকার দর্শে।

বয়স ও অবস্থা-ভেদে, প্রত্যেকটি অনুপানের রস, ৩ ফোঁটা থেকে ১২ ফোঁটা পর্যন্ত প্রতিবারে স্বচ্ছন্দে ব্যবহার করা চলে। নাটার কাণ্ড প্রতিবারে আধ হ'তে এক ছটাক মাত্রায় সেবন বিধেয়।

আমি যে ভাবে ঐ ঔষধটি ব্যবহার ক'রে বিশেষ ফল পাই, তাই জানাচ্ছি।

সে কালের টোটকা ঔষধগুলোর প্রস্তুত-প্রণালী ও প্রয়োগাদির বিশেষ বিবরণ সংগ্রহ করা কঠিন—বিশেষতঃ, স্ত্রীলোকের দেওয়া ঔষধগুলো। কারণ, যিনি প্রথমে ঔষধ প্রচার করেছিলেন, তাঁর অভাবে তাঁর শেষ পরিবারই যিনি ঔষধ ব্যবস্থা করেন বা প্রস্তুত করেন, তা পূর্বাপেক্ষা ক্রমেই বিকৃত হ'তে থাকে। কিন্তু তা উদ্ধার করার আর উপায় থাকে না; তথাপি তার দোষগুণ বিচার ক'রে তা সংশোধন ক'রে নিলে নিশ্চয়ই মহৎ উপকার সাধিত হ'তে পারে। আমি এক্ষণে এই ঔষধ সম্বন্ধে যত প্রশ্ন দ্বারা আক্রান্ত হয়েছি, আমি যখন এই ঔষধের উপকারিতা ও প্রস্তুত-প্রণালী অবগত হই, তখন প্রকৃত পক্ষে, সেইরূপ সবগুলো তথ্য অবগত হবার সুবিধা পাইনি বা তখন অত চিন্তা করেও আমার সেই মাতৃস্বরূপা মহিলার নিকট সকল কথা শুনে নিই নি। এখন তিনি ভবপারে,

সুতরাং সেরূপ সুযোগ আর হবারও সম্ভব নেই। সেজন্য আমাদের অভিজ্ঞতা দ্বারা যে রূপ জ্ঞানে আমি ঔষধটী প্রস্তুত ও ব্যবহার ক'রে থাকি, তাই বিবৃত ক'রতে প্রয়াস পাব।

নাটার ডগা এবং তৎসহ গোলমরিচ ও সৈন্ধবলবণ ব্যবস্থা করা হয়। আমি পাশ্চাত্য চিকিৎসা-শাস্ত্র ও আয়ুর্বেদোক্ত পুঁথিগুলি পাঠ করে, ইহাদের ক্রিয়াদি সম্বন্ধে বা জানতে পেরেছি, নিয়ে তা উল্লেখ ক'রলাম।

মাট কন্নড়গা (নাটার ডগা) :—ইহা পর্যায়নিবারক এবং স্বল্পবিষার ও পর্যায় জ্বরের মহৌষধ। ইহার বীজকে কোন কোন পুস্তকে “ফিভার নট” (fever nut) নাম দিয়াছে এবং এই বীজ মধ্যস্থ শস্ত্রের চূর্ণের মাত্রা ১০ হইতে ০ গ্রেণ বা ৮/০ আনা পরিমাণ নির্দ্ধারণ করেছেন। এই অল্পপাতে ইহার ডগার মাত্রা ১০ চারি আনা হ'লেও কোন অপকার হ'তে পারে না বরং বিশেষ উপকার দর্শনই সম্ভব। কারণ, শুষ্ক ভাল বীজ হ'তে যে ঔষধ পাওয়া যায়, নাটার ডগায় তদপেক্ষা ঔষধীয় বীৰ্য্য কম হওয়াই সম্ভব। সুতরাং একটা বুটের (হোলার) আকৃতি পরিমাণ শুষ্ক বড়িতে যে পরিমাণ ঔষধ থাকে, তাতে কখনই বিযক্রিয়া করার সম্ভাবনা নেই। এই অল্পমানে আমি ডগাগুলি আন্দাজেই গ্রহণ ক'রে থাকি। ওজন করেও দেখেছি—তাতে বিশেষ কম বেশী হয় না বা তদ্বারা উপকারই হ'য়ে থাকে। সুতরাং ওজন বা আন্দাজে যে ভাবেই ইহার পরিমাণ লইবেন, কোন ভাবেই উপকার ব্যতীত অপকারের সম্ভাবনা নাই।

গোলমরিচ ৩ :—ইহা আগ্নেয়, বায়ুনাশক, উত্তেজক এবং পর্যায়নিবারক। ইহাতে শ্রাবকবস্ত্রের ক্রিয়া বৃদ্ধি ও পাকায়নের ক্রিয়া উন্নত এবং ধমনীর চাঞ্চল্য ও চর্চ্চের ক্রিয়া বৃদ্ধি হয়। সরলাস্ত্র, মূত্রবস্ত্র এবং জননেস্ত্রের উপর ইহার ক্রিয়া বিশেষরূপে প্রকাশ পায়। গোলমরিচ চূর্ণের মাত্রা ৫—২০ গ্রেণ বা ইহা চারি আনা পরিমাণ পর্যন্ত দেওয়া যেতে পারে। আমি গোলমরিচ ওজন

ক'রে দেখেছি—প্রায় ৫০টা গোলমরিচ চূর্ণের পরিমাণ ২০ গ্রেণ। সুতরাং যে পরিমাণ নাটার ডগা নেওয়া হ'বে (আন্দাজে বা ওজনে), তার অর্ধেক গোলমরিচ ব্যবহারে কোনই অনিষ্ট হ'বার সম্ভাবনা নেই।

সৈন্ধব লবণ ৩ :—ইহা আগ্নেয়, বলকারক, পরিবর্তক, বিরেচক ও ত্রিদোষ-নাশক। অধিক মাত্রায় ইহা বিরেচন ক্রিয়া প্রকাশ করে। সাধারণতঃ জানা যায় যে, শারীর-বিধানে কোন প্রকারে লবণাভাব হইলে জ্বর এবং জ্বর হইলে ডাক্তারগণ লাবণিক ঔষধ ব্যবস্থা ক'রে থাকেন। সুতরাং জরাবস্থায় সৈন্ধব লবণ মহোপকারী। ইহার মাত্রা ১০ হইতে ৬০ গ্রেণ। সুতরাং নাটার ডগার সঙ্গে সিকি পরিমাণ সৈন্ধব লবণ দিলে একটা হোলার পরিমাণ বড়ির মধ্যে যে পরিমাণ লবণ থাকে; তাতে কোন অপকার বা বিশেষরূপে বিরেচন ক্রিয়া প্রকাশ হবার কোনই সম্ভাবনা নেই।

ব্যবহার-বিধি

এই ঔষধ ম্যালেরিয়া জ্বরেই বিশেষ ফলপ্রসূ। জ্বর আক্রমণ ক'রলে—রোগীর কম্প, শীত, পিপাসা গাত্রদাহ, বমি, শিরঃবেদনা প্রভৃতি উপসর্গ সমূহ জ্বরের ভিন্ন ভিন্ন অবস্থায় প্রকাশ পায়। যেদিন জ্বর নুতন আবির্ভূত হয় এবং যখন শীত-কম্প, গাত্রদাহ, বমন প্রভৃতি উপসর্গ প্রবল থাকে, তখন এই ঔষধ ব্যবহার করা উচিত নয়। যখন জ্বর কমিয়া আসে, উল্লিখিত উপসর্গগুলো হ্রাস পায়, তখন হ'তেই এই ঔষধের বুট পরিমাণ বড়ি ১টা বা দুইটা ক'রে ৩ ঘণ্টা অন্তর শুধু ঠাণ্ডা জলে গুলে অথবা গিলিয়া সেবন করা উচিত। এইরূপে দৈনিক ৪টা বড়ি সেবন ক'রতে হ'বে। মটর পরিমাণ বড়ি একটা মাত্রায় বালক অথবা শিশুদিগকে ঠাণ্ডা জলে মাড়িয়া অথবা মধুসহ মাড়িয়া দৈনিক ৪টা বড়ী সেবন করা হ'তে হয়। এইরূপে দুই বা তিন দিন সেবন ক'রলেই জ্বরের বেগ ক'মে যায় বা একেবারে জ্বর বন্ধ হয়। অতঃপর প্রতিদিন দুইটা ক'রে

বড়ি অন্ততঃ ৭ দিন সেবন ক'রলে ও কোনরূপ অত্যাচার না ক'রলে আর জ্বর হয় না। কিন্তু ম্যালেরিয়া বিষ শরীরে পুনঃ প্রবিষ্ট হ'লে, রাত্রি আগরণ, ঠাণ্ডা লাগান, অত্যধিক স্নান, অসংযত বিলাস, গুরু ভোজন ইত্যাদি কারণে পুনরায় জ্বর হ'লে এবং জ্বরের পূর্বেই হাত-পা গায়ের বেদনা, অকুশা অজীর্ণ, কোষ্ঠবদ্ধ প্রভৃতি উপসর্গ উপস্থিত হ'লে, এই ঔষধ দিবসে ৩ বার ক'রে সেবন ক'রলে আর জ্বরের পুনরাগমন হয় না। এই ঔষধ জ্বর ও বিজ্বর সকল অবস্থাতেই সেবন করা বেতে পারে। ইহা সেবনে মাথা ধরা বা মাথাঘোরা, কাশ ভন্ডন করা প্রভৃতি কোন উপসর্গ প্রকাশ পায় না; ইহা আমরা পরীক্ষা ক'রে দেখেছি। জ্বরের সময় অত্যন্ত পিপাসা বা গাত্র জ্বালা হ'লে ১ পোয়া মিশ্রিত সরংতের সঙ্গে একটি বড়ি মিশ্রিত করিয়া সেই সরবৎ বারবার সেবন ক'রলে পিপাসা ও গাত্রদাহের শান্তি হয়। কোষ্ঠবদ্ধ থাকলে ৪টা বড়ি সেবনের পরেই স্বাভাবিক দান্ত হ'য়ে থাকে। অরাস্তে কিছুদিন ছুবেলা দুইটা বড়ি সেবন ক'রলে শরীরের বল ও কুশা বৃদ্ধি হ'য়ে থাকে। ম্যালেরিয়ার সময় ভাদ্র হইতে কার্তিক পর্য্যন্ত প্রতিদিন দু-বেলা দুই বড়ি খেলে ম্যালেরিয়া জ্বর হয় না। গ্রামে ঐ সময় প্রত্যেক বাড়ীতে এই বড়ি বিতরণ করে সুস্থ ব্যক্তিদিগকে সেবনের উপদেশ দেওয়া কর্তব্য। কোন বাড়ীতে কারও জ্বর হ'লে, সেই বাড়ীর সুস্থব্যক্তিদিগকে ঐ নিয়মে এই বড়ি সেবন করা'লে তাদের জ্বর হবার আশঙ্কা থাকে না।

অবিরাম জ্বরে (Simple remittent fever) এই ঔষধ একটু বেশী দিন ধৈর্য ধরে' সেবন ক'রতে হয়।

অতিসার সংযুক্ত জ্বরে (Typho-Malarial fever) সুখার রসের সহিত যথু দিয়ে যেড়ে ২টা ক'রে বড়ি দিবসে সেবন করা উচিত।

পালা জ্বর—এই জ্বর একদিন অন্তর একদিন হয়ে থাকে। এই জ্বরে আমরা জ্বর আসার পূর্বদিন ১টা বড়ি মাত্রায় তিনবেলা ৩টা বড়ি নিমছালের রসের সহিত মধুসহ মাড়িয়া সেবন করতে দিই; তাতে কা'রও এক পালা, কা'রও বা দুই পালাতেই জ্বর বন্ধ হ'য় থাকে।

ত্যাগিক জ্বর এই জ্বর দুই দিন অন্তর হয়। উপরউক্ত নিয়মে যে দিন জ্বর থাকিবে না, সেই দিন একটি ক'রে ৩ বারে তিনটা বড়ি সেবন করা'লে আর জ্বর হয় না। কিন্তু এই সকল জ্বর কিছুদিন বন্ধ থেকে বা অমাবস্তা পূর্ণিমায় আবার হ'য়ে থাকে; সুতরাং জ্বর হবার আশঙ্কা হ'লে অর্থাৎ—যখন সর্বদেহে বেদনা, অকুচি, কোষ্ঠবদ্ধ, বমি বমি ভাব হয়, তখনই এই বড়ি সেবন ক'রলে আর জ্বর হয় না।

পুরাতন ম্যালেরিয়া ঔ—যখন গীহা বড় ও শক্ত; যকৃত বৃদ্ধিপ্রাপ্ত; রক্তাক্ততা, রোগীর বর্ণ ফাফাশে এবং শরীর জীর্ণ শীর্ণ হয়, তখন ১টা ক'রে এই বড়ি প্রত্যহ তিনবার কালমেঘের রস ও মধুসহ দীর্ঘ দিন সেবন ক'রলে রোগী আরোগ্য হয়ে থাকে। শোথ ও উদরীতেও এই ঔষধ ব্যবহার করা যায়।

আমরা এই ঔষধ যথেষ্ট পরিমাণে প্রস্তুত ক'রে ম্যালেরিয়ার সময় দুস্থ-পল্লীবাসীদিগের মধ্যে বিতরণ ক'রে থাকি। যতদূর জানতে পেরেছি, তাতে চিকিৎসকহীন দরিদ্র পল্লীবাসী এই ঔষধে মহৎ উপকার প্রাপ্ত হইয়া থাকে। এই ঔষধ ব্যবহার ক'রে ইহার ফলাফল এই পত্রিকায় প্রকাশ ক'রলে সর্বসাধারণের মহৎ উপকার সাধিত হবে। ঔষধে বিশ্বাস—আরোগ্য হওয়ার প্রধান সহায়। (গৃহস্বয়ং)



বিশেষত্বপূর্ণ কালাজ্বর-রোগী

A peculiar case of Kala-Azar

লেখক—ডাঃ শ্রীদেবেন্দ্রনাথ বন্দ্যোপাধ্যায় B. A. L. M. F.

পাঁতিহাল, হাওড়া

—: *:—

সাধারণতঃ কালাজ্বরে প্রায় রোগীরই প্রীহার বিরুদ্ধি বিদ্যমান থাকে। কিন্তু নিম্নলিখিত রোগীটি কালাজ্বরে এক বৎসর ভুগিতে থাকিলেও ইহার প্রীহা বিবর্তিত হয় নাই।

রোগী—জীবনকৃষ্ণ সামন্ত, বয়ঃক্রম প্রায় ২৫ বৎসর। রোগী অত্যন্ত দরিদ্র। অনেক সুশিক্ষিত চিকিৎসকের নিকট রোগী প্রায় বৎসরাবধি চিকিৎসিত হইয়াছিল; কিন্তু কোন উপকার না পাইয়া অবশেষে আমার চিকিৎসাধীন হয়। বলা বাহুল্য, পূর্ববর্তী ভিন্ন ভিন্ন চিকিৎসক বিভিন্নরূপে রোগ নির্ণয় করতঃ, স্বয়ং সিদ্ধান্তাভ্যাসী যথোচিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করিতে কোনই ভ্রুটি করেন নাই। প্রত্যেক চিকিৎসকই কয়েক সপ্তাহ ধরিয়া ইঞ্জেক্সন ও বিবিধ ঔষধ প্রয়োগ করিয়াছিলেন।

বর্তমান অবস্থা ১—আমি রোগীকে বিশেষরূপে পরীক্ষা করিয়া নিম্নলিখিত অবস্থা জ্ঞাত হইলাম। যথা :—

- (ক) রোগী অত্যন্ত শীর্ণ ও দুর্বল;
- (খ) রোগীর উভয় পদই শোথগ্রস্ত; এই শোথ ক্রমশঃ বর্দ্ধিত হইতেছে।
- (গ) প্রীহা অত্যন্ত ক্ষুদ্রাকার বিশিষ্ট;
- (ঘ) যকৃত অত্যন্ত বিবর্তিত। নাতীদেশের কিঞ্চিৎ উপর হইতে ডানদিকের কণ্ঠাল মার্জিনের নিম্নে প্রায় ৪ ইঞ্চি পর্য্যন্ত যকৃত বর্দ্ধিত হইয়াছে।

(ঙ) মস্তকের কেশ কর্কশ এবং পরিমাণে খুব কম।

(চ) দন্তমূড়ী হইতে রক্তস্রাব হয়।

(ছ) প্রায় ৩ মাস হইতে রক্তমাশয় বর্তমান আছে।

রোগ-নির্ণয় ১—রোগীর উল্লিখিত অবস্থা এবং বাহ্য দৃশ্যে উহাকে কালাজ্বরে আক্রান্ত বলিয়াই আমি সিদ্ধান্ত করিলাম। নিঃসন্দেহ হইবার জন্য রক্ত পরীক্ষার্থ যদিও রোগীর শিরা হইতে ৫ সি, সি, রক্ত গ্রহণ করা হইল, তথাপি রক্ত পরীক্ষার ফলাফলের অপেক্ষায় না থাকিয়া অবিলম্বে ০.০৫ গ্রাম ষ্ট্রিচুরিয়া, ২ সি, সি, ডিষ্টিল্ড ওয়াটারে (পরিষ্কৃত জলে) দ্রব করিয়া ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেক্সন দিলাম। এতদ্ব্যতীত নিম্নলিখিত মিক্চারটি সেবনার্থ ব্যবস্থা করিলাম—

Re.

- ফেরি এট কুইনাইন সাইট্রাস . . . ৫ গ্রেণ।
- লাইকর আসেনিকেলিস . . . ৩ মিনিম।
- লাইকর ক্লকনাইন হাইড্রোক্লোর . . . ২ মিনিম।
- টাং কার্ডেনম কোঃ . . . ১৫ মিনিম।
- টাং জেন্সিয়ান কোঃ . . . ১০ মিনিম।
- একোয়া . . . এড ১ আউন্স।
- একত্র একমাত্রা। প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

তিন দিন পরে রোগীকে পুনরায় আসিতে বলিয়া দিলাম।

অতঃপর এক ঘণ্টা পরে পূর্বোক্ত সংগৃহীত রক্ত আর একটা টেষ্ট টিউবে লইয়া উহাতে ফোঁটা ফোঁটা করিয়া ফরমালিন (Formalin) সংযোগ করিবারাত্র, উহা অপরিষ্কার মলিন বর্ণবিশিষ্ট (cloudy) হইয়া কয়েক সেকেন্ডের মধ্যেই উক্ত রক্ত সম্পূর্ণরূপে জমাট বান্ধিয়া (coagulated) গেল। এই পরীক্ষার ফলে রোগীর রোগ-নির্ণয় সম্বন্ধে পূর্বে যে সিদ্ধান্ত করিয়াছিলাম, এক্ষণে তাহা অপ্রান্ত বলিয়া স্থিরীকৃত হইল।

এই রোগী কেবলমাত্র ৭টা টিবুরিয়া ইঞ্জেকসনেই সম্পূর্ণ আরোগ্য হইয়াছিল। ইহাকে ০.০৫ গ্রাম মাত্রায় ২টা, ০.১০ গ্রাম মাত্রায় ২টা, ০.১৫ গ্রাম মাত্রায় ২টা এবং ০.২০ গ্রাম মাত্রায় ১টা, মোট এই ৭টা টিবুরিয়া ইঞ্জেকসন

দিয়াছিলাম। আরও কয়েকটা ইঞ্জেকসন দেওয়ার ইচ্ছা থাকিলেও, রোগীর দারিদ্রতা বশতঃ আর ইঞ্জেকসন দেওয়া সম্ভব হয় নাই। কিন্তু তাহা না হইলেও, কয়েক মাস পরে রোগীকে দেখিয়া সন্তুষ্ট হইয়াছিলাম। তাহার স্বাস্থ্যের বিশেষ উন্নতি হইয়াছিল, কোন উপসর্গ ছিল না এবং যকৃতের বিবৃদ্ধি হ্রাস হইয়া উহা প্রায় স্বাভাবিক অবস্থাপ্রাপ্ত হইয়াছিল। যদিও যকৃত কঠোর আর্চের কিঞ্চিৎ নিম্ন পর্য্যন্ত বিদ্যমান ছিল, তথাপি ইহাতে রোগীর কোন অস্বস্তির কারণ ছিল না।

অন্তব্যঃ—এই রোগীর বিশেষত্ব এই যে, রোগী এক বৎসর বাবৎ কালাজরে ভুগিলেও উহার প্রীহা বর্ধিত হয় নাই, কিন্তু তৎপরিবর্তে যকৃত অত্যধিক বর্ধিত হইয়াছিল এবং টিবুরিয়া ইঞ্জেকসনে হ্রাস হইয়াছিল। (Antiseptic—Dec. 1930)

পুরাতন বিষম জ্বর—Malarial Cachexia.

লেখক—ডাঃ শ্রীবিধুভূষণ তরফদার L. C. P. S., M. D. (Hons.)

(পূর্ব প্রকাশিত ৯ম সংখ্যার (পৌষ) ৪৭০ পৃষ্ঠার পর হইতে

—•••••)

প্রত্যহ ৩/৪ টার সময় আমবাত বাহির হয়, সর্কাস জ্বালা করে ও অর বাড়ে। প্রাতে আমবাত মিলাইয়া যায় এবং অর কম পড়ে।

বর্তমান অবস্থাঃ—প্রাতে ৮টার সময় রোগীকে দেখিয়াছিলাম। এই সময় উত্তাপ ১০২° ডিগ্রি ছিল। রোগীর শরীর রক্তহীন, ফেকাশে, মুখমণ্ডল পাণ্ডুবর্ণ, চক্ষু বেতবর্ণ, প্রীহা লম্বা ভাবে নিম্ন কোলন পর্য্যন্ত বিবর্ধিত, যকৃত বর্ধিত ও বেদনাযুক্ত। জিহ্বা পরিষ্কার ছিল। প্রত্যহ ৭৮ বার করিয়া অজীর্ণ ভেদ হয়। কোন কিছু খাইতে গেলে বমনোবেগ হয়। প্রাতে আমবাত থাকে না।

রোগীর পূর্ব প্রেক্ষাপসনগুলি আলোচনা করিয়া বুঝিলাম যে, প্রচলিত চিকিৎসার পক্ষে কোনই ক্রটি হয়

নাই। কারণ, উচ্চ শিক্ষিত চিকিৎসক কেনই বা ভুল করিবেন। পথ্যাদির সম্বন্ধেও কোন অত্যাচার হয় নাই। মাতৃহীনা এই বালিকাটির প্রতি সকলেরই বিশেষ মেহ ছিল।

চিকিৎসাঃ—রোগীর অবস্থা দৃষ্টে, নিম্নলিখিত কয়েকটা উদ্দেশ্যে যে, উহার চিকিৎসা করা কর্তব্য, তাহাতে একরূপ নিঃসন্দেহ হইলাম।

- (১) অর বন্ধ করা;
- (২) রক্তহীনতার প্রতিকার করা;
- (৩) আমবাতের প্রতিকার করা;
- (৪) প্রীহা, যকৃতের বৃদ্ধি হ্রাস করা;

কিন্তু উদ্দেশ্য ঠিক হইলেও রোগ নির্ণয়ে সন্দেহ হইল। রোগীর বাহ্য দৃষ্টে প্রথমতঃ কালাজর বলিয়াই অনুমিত হয়; কিন্তু অরের গতি দেখিয়া এই অনুমান অপ্রান্ত

বলিয়া বোধ হয় না। সুতরাং রোগিনী কালাজরে কিবা ম্যালেরিয়া জরে আক্রান্ত হইয়াছে; তাহাই সমস্তার বিষয় হইল। সমস্তা সমাধানের জন্ত প্রথমতঃ কালাজর সন্দেহে রোগীর রক্ত লইয়া প্রথমে ম্যালডিহাইড্ পরে ইউরিয়া ট্রিমাটাইন টেস্ট করিলাম। কিন্তু এই উভয় পরীক্ষার ফল নেগেটিভ হওয়ায়, ম্যালেরিয়া সিদ্ধান্ত করতঃ, ১৮ই এপ্রেল (১৯২৯) তারিখে নিম্নলিখিতানুরূপ চিকিৎসার ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

আয়োডিন (পিওর) ... ৪ গ্রেণ।

নরম্যাল স্ট্রাইন ... ১ আউন্স।

একত্র সলিউশন প্রস্তুত করিয়া ইহা ২ সি, সি, মাত্রায় ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন দিলাম।

২। Re.

লাইকর এমন সাইট্রেটস ... ৩০ মিনিম।

পটাশ সাইট্রাস ... ৫ গ্রেণ।

টিং রসটল ... ২ মিনিম।

সিরাপ অরেঞ্জাই ... ৩০ মিনিম।

একোয়া ক্লোরোফর্ম ... ৪ ড্রাম।

একত্রে এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। জরকালীন প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৩। Re.

কুইনাইন সালফ ... ৪ গ্রেণ।

গোয়েকল কার্ব ... ৪ গ্রেণ।

স্রাক: ল্যাক ... ১০ গ্রেণ।

একত্রে ৪ পুরিয়া। জর কম থাকা অবস্থায় বা বিজর অবস্থায় প্রতি মাত্রা এক ঘণ্টান্তর সেব্য।

পথ্য—টাটকা দধির বোল ও জল সাণ্ড, কমলা লেবু।

পরবর্তী চিকিৎসা ৪—একদিন অন্তর আয়োডিন ইন্জেকশন চলিতে লাগিল, প্রতি ইন্জেকশনে ০.৪ সি, সি, মাত্রা বৃদ্ধি করতঃ উহা ৫ সি, সি, পর্যন্ত মাত্রায় ইন্জেকশন দিয়াছিলাম।

আয়োডিন ইন্জেকশনের পরই জর বৃদ্ধি পাইত। প্রথম ৪ দিন জর ত্যাগ না হওয়া সত্ত্বেও ৩নং পুরিয়া প্রাতে দুই বারে ২টি মাত্র দেওয়া হইত। ৫ দিনের দিন রাত্রে প্রভূত

ঘাম হইয়া জর ত্যাগ হইয়া যায়। জর ত্যাগের পর ৩নং পুরিয়া প্রত্যহ ৪টি করিয়া সেবন করান হইত এবং ২নং মিকশচার বন্ধ করা হইয়াছিল।

নিম্নলিখিত মাত্রায় আয়োডিন ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন দিয়াছিলাম।

১৮ই এপ্রেল ...	২	সি, সি, মাত্রায়
২০শে ,, ...	২.৫	,, ,, ,,
২২শে ,, ...	৩	,, ,, ,,
২৪শে ,, ...	৩.৫	,, ,, ,,
২৬শে ,, ...	৪	,, ,, ,,
২৮শে ,, ...	৪.৫	,, ,, ,,
৩০শে ,, ...	৫	,, ,, ,,
২রা মে	৫	,, ,, ,,

এই ৮টি ইন্জেকশন ও জর ত্যাগের পর পূর্বোক্ত ৩নং পুরিয়া প্রত্যহ ৪টি করিয়া খাইতে দিতাম। ২নং মিকশচার বন্ধ করা হইয়াছিল।

জর ত্যাগের পর ৪৮ ঘণ্টা (২ দিন) বাদে পোড়ের ভাত খাইতে দিয়াছিলাম।

এই রোগিণাকে আর অল্প কোন ঔষধ দিতে হয় নাই। ১৫ দিন পরে হিমোগ্লোবিন ১ ড্রাম মাত্রায় প্রত্যহ ২ বার আহারান্তে ব্যবস্থা করায় প্লীহা ও যকৃতের বিবৃদ্ধি এবং এনিমিয়া সবই অন্তর্হিত হইয়াছিল। বর্তমানে রোগিনী বেশ দৃষ্টপুষ্টা হইয়াছে। জর বা আমবাত প্রত্যাবর্তন করে নাই।

অন্তব্য ৪—এই সমস্ত জরের চিকিৎসায় দেখিয়াছি, অথবা মাত্রায় ঔষধ ব্যবহারে কোন ফলই পাওয়া যায় না। রোগে ভুগিয়া ভুগিয়া রোগীর শারীরিক শক্তি (vital power) এরূপ ক্ষয় হইয়া পড়ে যে, রোগী অধিক মাত্রায় ঔষধ সহ্য করিতে পারে না। এই সব রোগীকে কম মাত্রায় (minute dose) ঔষধ না দিলে উহা শরীরে গৃহীত হয় না। হোমিওপ্যাথির এই খানেই বিশেষত্ব।

১নং ঔষধ লিউকোসাইট বৃদ্ধি করিয়া, ২নং ঔষধ রক্তের এসিডিটি (অম্লত্ব) নষ্ট করিয়া ও ৩নং ঔষধটি ম্যালেরিয়ার জীবাণু সংহার করিয়া যে, রোগীকে নিরাময় করিয়াছিল তাহাতে সন্দেহ নাই।

জিজ্ঞাস্য ও প্রত্যুত্তর

—:~:—

(৩) জিজ্ঞাস্য ৩—জোরকরণ দাতব্য চিকিৎসালয় (ত্রিপুরা) হইতে ডাঃ শ্রীযুক্ত ব্রজেনকুমার আচার্য্য
মহাশয় নিম্নলিখিত বিষয় সম্বন্ধে লিখিয়াছেন—

কালাজ্বরে ইউরিয়া স্টিবামাইন ইঞ্জেকসনে অস্বাভাবিক উপসর্গ

আমি প্রায় ১২ বৎসর যাবত চিকিৎসা ব্যবসায় করিয়া আসিতেছি, বহু কালাজ্বর রোগীকে ইউরিয়া স্টিবামাইন দ্বারা চিকিৎসা করিয়াছি; কিন্তু সম্প্রতি একটা কালাজ্বরের রোগীকে ইউরিয়া স্টিবামাইন ইঞ্জেকসন দেওয়ার সময় নিম্নলিখিত লক্ষণগুলি প্রকাশিত হইয়াছিল।

ক্লোপী ৩—হিন্দু ব্রীলোক, বয়স ৩৫ বৎসর, অল্প প্রায় দুই বৎসর যাবত রোগী জরে ভুগিতেছে। অনেক গ্রাম্য চিকিৎসক দ্বারা চিকিৎসিত হইয়া উপকার না পাওয়ায় আমি আহূত হই। রোগীর বিবর্তিত প্লীহা ও বকুৎ, রক্তহীনতা, জ্বরের গতি প্রভৃতি লক্ষণ দেখিয়া রক্ত-পরীক্ষা করতঃ রোগীকে কালাজ্বর বলিয়া সাব্যস্ত করিলাম।

কালাজ্বর নির্ণীত হওয়ার প্রথমতঃ ইউরিয়া স্টিবামাইন ০.০৫ গ্রাম মাত্রায় একটা ইঞ্জেকসন করি। ইহাতে রোগীর বমনের উদ্রেক হইতে দেখা গেল, কিন্তু বমন হয় নাই। চারি দিন পরে পুনরায় ০.৫ গ্রাম ইউরিয়া স্টিবামাইন ইঞ্জেকসন করিলাম। ইহাতে রোগীর দুই তিনবার বমনের উদ্রেক হইয়া (বমন না হইয়া) অবিলম্বে ডায়ক্রেট খাসকষ্ট আরম্ভ হইল। ইহার কিছু পরে রোগীর গা চুলকাইতে আরম্ভ করিল এবং ক্রমশঃ হাত পা ঠাণ্ডা এবং ক্ষুধাও ক্রমশঃ দুর্বল হইয়া পড়িতেছে, দেখা গেল। ইহা দেখিয়া তৎক্ষণাৎ এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন

(১:১০০০) ৫ মিনিম ইঞ্জেকসন করিলাম। তাহাতে কোন উপকার না হওয়ার ডিজিটেলিন ১'১০০ গ্রেণ ইঞ্জেকসন দেওয়া হইল। ইহাতে রোগী কিছু শান্তি লাভ করিলেও, খাসকষ্ট একেবারে কমিল না। অতঃপর নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

Re.

এমন কার্ক	...	৩ গ্রেণ।
টাং লোবেলিয়া ইথারিয়া	...	৫ মিনিম।
স্পিরিট এসোন এরোম্যাট	...	১৫ মিনিম।
টাং ডিজিটেলিস	...	১৫ মিনিম।
টাং মাস্ক	...	২০ মিনিম।
একোয়া ক্লোরোকরম	...	১ আউন্স।

একত্রে এক মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

এই ঔষধ দুই মাত্রা সেবনের পর হইতে রোগীর খাসকষ্ট ক্রমশঃ হ্রাস হইয়া, প্রায় ১২ ঘণ্টা পরে রোগী সুস্থ হয়।

একপে আমার জিজ্ঞাস্য এই যে—ইঞ্জেকসনের পর এইরূপ উপসর্গ উপস্থিত হইবার কারণ কি? ইহা ইউরিয়া স্টিবামাইনের বিষাক্ততার ফল, না উহার মাত্রাধিক্যের ফল? আশা করি চিকিৎসা প্রকাশের বিজ্ঞ পাঠক ও লেখকগণ এতদসম্বন্ধে আলোচনা করিলে একান্ত বাঞ্ছিত হইবে।



বাত রোগে—নেট্রাম ফস্

Natrum Phosphoricum in Rheumatism

লেখক—ডাঃ ব্রীসুরেশচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায় B. A. M. B. (Hons)

কাটাউনি, সি, পি,

—:~:—

নেট্রাম ফসফরিকাম এর অপর নাম—সোডিয়াম ফসফেট (Sodium Phosphate)। জীব-শরীরের রসায় (nerves), পেশী (muscles), রক্ত (blood), মস্তিষ্কের কোষ (brain cells) এবং কোষমধ্যস্থ তরল পদার্থ মধ্যে সোডিয়াম ফসফেট (নেট্রাম ফস) বিস্তারিত থাকে। দেহ মধ্যে এই লাবণিক পদার্থ (inorganic salt) বর্তমান থাকে বলিয়াই, ইহা বৈধানিক ধাতু পরমাণু সমূহ—যাহা বিবিধ এসিড রূপে পরিবর্তিত হয়, তাহাদিগকে বিনষ্ট এবং ঐ সকল অনিষ্টকরী তাজ্য পদার্থ সমূহকে শরীর হইতে নিষ্কাশিত করিয়া দিয়া রক্তকে বিশুদ্ধ করে। শরীরে নেট্রাম ফস বর্তমান থাকায় এতদ্বারা শরীরস্থ ল্যাট্টিক এসিড—জল (water) এবং কার্বনিক এসিড (Carbonic acid), এই দুই ভাগে হইয়া প্রক্রিয়া বিশেষে শরীর হইতে বাহির হইয়া যায়। চিকিৎসকগণ জ্ঞাত আছেন যে, শরীরের প্রত্যেক অংশ, প্রত্যেক যন্ত্রাদি সর্বদা ক্রিয়াশীল থাকায় উহাদের বৈধানিক পরমাণু (cells) সমূহ প্রতি মুহূর্তে ধ্বংস হইয়া থাকে। এই সকল ধ্বংস পরমাণু সমূহ নানা আকারে রক্তে মিলিত হইয়া রক্তকে দূষিত করে। ইহাদিগের মধ্যে ইউরিয়া (urea), ইউরিক

এসিড (uric acid) প্রধান। বস্তুতে খাদ্য দ্রব্যস্থ খেতসার ও শর্করাজাতীয় পদার্থ গ্লাইকোজেনে (Glycogen) পরিবর্তিত হয়। এই গ্লাইকোজেন রক্তসহ মিশ্রিত হইয়া পৈশিক বিধান মধ্যে আসিয়া উপস্থিত হয় এবং উহা পেশী সমূহের সঞ্চালন ক্ষমতা প্রদান করে। এখানে এই গ্লাইকোজেন ল্যাট্টিক এসিডে পরিবর্তিত হইয়া থাকে। এই ল্যাট্টিক এসিড স্বীয় কার্য সমাপনান্তে যখন পুনরায় রক্তে মিশ্রিত হয়, তখনই উহা শরীরস্থ সোডিয়াম ফসফেট (নেট্রাম ফস) দ্বারা পরিবর্তিত হইয়া কার্বনিক এসিড ও জলরূপে শরীর হইতে বাহির হইয়া যায়। কিন্তু শরীরে নেট্রাম ফস উপযুক্ত পরিমাণে না থাকিলে কিম্বা উহার অভাব হইলে, ল্যাট্টিক এসিডের এরূপ পরিবর্তন সাধিত হইতে পারে না—উহা অবিকৃত থাকিয়া শরীরে সঞ্চিত হয় এবং তাহার ফলে শরীরে অস্বাভাবিক বৃদ্ধি হওয়ায় বাত (Rheumatism) প্রভৃতি অস্বাভাবিক বিবিধ পীড়া উপস্থিত হয়। রক্তে নেট্রাম ফস উপযুক্ত পরিমাণ না থাকিলে রক্ত হইতে ইউরিক এসিড (Uric acid) নিষ্কাশিত না হইয়া উহা রক্তে দ্রবীভূত অবস্থায় বিস্তারিত থাকে। পক্ষান্তরে, নেট্রাম ফসের ন্যূনতা বশতঃ এই ইউরিক এসিড রক্তস্থ সোডিয়ামের

(Sodium) সহিত মিলিত হইয়া অদ্রবনীয় ইউরেট অব সোডা (Urate of soda) রূপে অস্থি-সন্ধি স্থলে, কিম্বা রস-ঝিল্লীর মধ্যে সঞ্চিত হইয়া গাউট (Gout), বাত ইত্যাদি পীড়ার সৃষ্টি করে।

শারীর-বিধানে সোডিয়াম ফসফেটের (নেট্রাম ফস) উপরোক্ত কার্যাবলী পর্যালোচনা করিলে গাউট ও বাতরোগে ইহার উপযোগিতা কতদূর, তাহা সহজেই বুঝিতে পারা যায়। এই কারণেই মহামতি ডাঃ শুস্লামার (Dr. W. H. Schuessler) গাউট ও বাতরোগে নেট্রাম ফস (সোডি ফসফেট) একটা প্রকৃত আরোগ্য দায়ক ঔষধ বলিয়া নির্দেশ করিয়াছেন। বস্তুত, গাউট ও বাতরোগে ইহা প্রয়োগে সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায়। অনেক রোগীকে ইহা প্রয়োগ করিয়া আমি সুন্দর উপকার পাইয়াছি। সকল প্রকার বাতের সকল অবস্থাতেই ইহাতে সুফল পাওয়া যায়। একটা রোগীর বিবরণ উল্লেখ করিতেছি—

রোগী :—জনৈক যুবক, বয়ঃক্রম ২৫।২৬ বৎসর। গত ২রা এপ্রেল (১৯৩০) এই রোগী আমার চিকিৎসাবীনে আসে।

বর্তমান অবস্থা :—রোগীকে বিশেষরূপে পরীক্ষা করিয়া নিম্নলিখিত অবস্থা জ্ঞাত হইলাম। যথা—

(ক) রোগীর শরীরের ছোট বড় প্রায় সমুদয় অস্থি-সন্ধিই বেদনায়ুক্ত ও অস্বাভাবিক ক্ষীণ।

(খ) বেদনায়ুক্ত সন্ধি সমূহের উপরিস্থিত চর্ম্ম কৃষ্ণাভ লাল। রোগী গৌরবর্ণ বলিয়া এই বর্ণ পরিবর্তন বিশেষ ভাবে লক্ষিত হইল।

(গ) রোগীর শরীরেও বেদনা আছে।

(ঘ) শরীর মেজ-মেজে, অক্ষুধা, কোষ্ঠবদ্ধ।

(ঙ) রাতে নিদ্রা হয় না।

(চ) অল্প কোন উপসর্গ নাই।

রোগীর অস্থি-সন্ধি সমূহের উল্লিখিত অবস্থা দৃষ্টে বাত রোগ বলিয়া অনুমান করিলাম। কিন্তু কিরূপ শ্রেণীর বাত,

তাহা নির্ণয়ার্থ রোগীকে অনেক রকম প্রশ্ন করিয়া অনেক গুপ্ত বিষয়—যাহা রোগী লজ্জা বশতঃ গোপন করিয়াছিল, তাহা জানিতে পারিলাম। পূর্বে ইতিহাসাদি যে সকল বিষয় জানিয়াছিলাম, তাহার সারমর্ম নিয়ে উল্লিখিত হইল।

পূর্ব ইতিহাস :—রোগীর প্রায় দুই মাস পূর্বে গণোরিয়া হইয়াছিল। দূষিত সহবাসই গণোরিয়া উৎপত্তির কারণ বুঝিলাম। গোপনে রোগ আরোগ্য করণার্থ টোটকা ও পেটেণ্ট ঔষধ সেবন করে। ইহাতে পূর্ণ নিঃসরণ কম হইলেও, রোগাক্রমণের ৬।৭ দিন পরে রোগীর অর এবং শরীরের কয়েক স্থানের অস্থি-সন্ধিতে বেদনা হয়। ক্রমশঃ এই বেদনা বৃদ্ধি ও সন্ধি সমূহ অল্প ক্ষীণ হইতে থাকে। জাম্বু, উরু ও হাতের কজি সন্ধিই বিশেষ ভাবে বেদনায়ুক্ত ও ক্ষীণ হয়। কয়েক দিন পরে বেদনা কিছু কম পড়িলেও ক্ষীণ বৃদ্ধি হইতে থাকে। এই সময় হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করা হইয়াছিল। এই চিকিৎসায় অর ও অন্ত্রাল লক্ষণ উপশমিত হইলেও, সন্ধিস্থলের বেদনা ও ক্ষীণ আরোগ্য হয় নাই। ইহার পরে রোগী কবিরাজী চিকিৎসা করায়, কিন্তু তাহাতেও বিশেষ কোন সুফল হয় নাই। এলোপ্যাথিক চিকিৎসায় রোগীর আদৌ আশা ছিল না।

রোগীর স্বভাব ভাল নহে। বাল্যে অস্বাভাবিক উপায়ে গুরুত্ব করিয়াছিল। ইহার ফলে স্বপ্নদোষ, গুরুতরল্য প্রভৃতি উপসর্গ উপস্থিত হইয়াছিল। এখনও মধ্যে মধ্যে স্বপ্নদোষ হয়। সহবাসেচ্ছা খুব বেশী, কিন্তু ধারণা শক্তি খুব কম।

উল্লিখিত অবস্থা ব্যতীত বর্তমানে নিম্নলিখিত লক্ষণ বিদ্যমান আছে, জানিতে পারিলাম।

(হ) প্রস্রাব লাল বর্ণ, প্রস্রাব ত্যাগকালীন অত্যন্ত যন্ত্রণা হয়। অনেক সময় খুব সন্ধ্যারে প্রস্রাব হয়। সন্ধ্যাই প্রস্রাব ত্যাগের ইচ্ছা হয়।

(জ) মূত্রনলী দিয়া প্রায় পূর্ব পড়ে।

(ঝ) রাত্রিকালে জননেত্রির উত্তেজিত হয় (chordee) এবং তাহাতে অত্যন্ত যন্ত্রণা হইয়া থাকে। এই

অবস্থায় প্রায় শুষ্ক স্থলিত হইয়া যায়। শুষ্ক (২) Re.

স্থলনের পর রোগী অত্যন্ত দুর্বলতা বোধ এবং
মূত্রনলীর ভিতর অত্যন্ত টন্টন্ করে ও যন্ত্রণা
হয়।

(ঞ) রোগীর স্বভাব অত্যন্ত খিটখিটে, সামান্য
কারণেই বিরক্ত ও উত্তেজিত হয়।

রোগীর সমুদয় অবস্থা জ্ঞাত হইয়া গণোরিয়াজনিত
বাত (Gonorrheal rheumatism) বলিয়া সিদ্ধান্ত
করিলাম। রোগী পূর্বে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করিয়া
কোন ফল পায় নাই, এলোপ্যাথিক চিকিৎসার প্রতিও
আস্থা নাই; সুতরাং বাধ্য হইয়া বাইওকেমিক চিকিৎসা
করাই স্থির করতঃ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

(১) R.

নেট্রাম ফস্ ২০০x ... ২ গ্রেণ।

এক মাত্রা। প্রত্যহ ৩/৪ মাত্রা সেব্য।

কেলি ফস্ ৩০x ... ২ গ্রেণ।

একমাত্রা। ১নং ঔষধের সঙ্গে পর্যায়ক্রমে প্রত্যহ
৩/৪ বার সেব্য।

প্রমেহজনিত বাতের জন্ত নেট্রাম ফস্ এবং
স্পার্মাটোরিয়া (শুক্ৰমেহ)—বিশেষতঃ রাত্রিকালে
জননেদ্রিয়ার উত্তেজনা, স্বপ্নদোষ, সহবাস ইচ্ছার প্রাবল্য,
শুক্ৰস্থলনের পর অত্যন্ত দুর্বলতাবোধ প্রভৃতি উপসর্গের
জন্য কেলি ফস্ (kali phosphoricum) ব্যবস্থা করিলাম।

এই রোগীকে উল্লিখিত ঔষধ ২টী ব্যতীত আর অন্য
কোন ঔষধ দিতে হয় নাই, ইহাতেই ক্রমশঃ সমুদয় উপসর্গ
ভ্রাস হইয়া ১৫/১৬ দিনের মধ্যেই রোগী সম্পূর্ণরূপে
আরোগ্য হইয়াছিল। রোগারোগ্যের পরও রোগী আরও
কিছু দিন এই ২টী ঔষধ সেবন করিয়াছিল।

বাইওকেমিক ঔষধের অসম্মিলন

Incompatibility in Biochemic medicine

লেখক—ডাঃ জীৱানেন্দ্রমুন্দর মুখোপাধ্যায় H. M. B. (Homæo)

পাণ্ডুগ্রাম, বর্ধমান

—:—

অনেকেই কতকগুলো বাইওকেমিক ঔষধ এক সঙ্গে
ব্যবস্থা করিতে দেখা যায়। এতে হয়ত তাঁরা মনে
করেন যে, যে কোন বাইওকেমিক ঔষধ, যে কোন
বাইওকেমিক ঔষধের সঙ্গে মিশিয়ে দেওয়া যেতে পারে।
কিন্তু এ ধারণাটা যে ভুল, সুবিখ্যাত বাইওকেমিষ্ট
ডাঃ ওয়াকারের (Dr. walker) আলোচনা থেকে তা বেশ
বুঝতে পারা যায়—যদিও অন্যান্য অনেক বাইওকেমিষ্ট তা

সমর্থন করেন না। অনেকে এটা সমর্থন না করলেও
ডাঃ ওয়াকারের মতটাও একেবারে বাদ দেওয়া যেতে
পারে না। তার কারণ—সবগুলি বাইওকেমিক ঔষধই
ধাতব, এগুলি তৈয়ার করার প্রণালীতে কিছু আলাদা ধরণ
ধারণ থাকলেও, এলোপ্যাথিক ধাতব ঔষধগুলোর
অসম্মিলনের মত এদেরও যে অসম্মিলন, সম্মিলন সম্বন্ধে
বাদ বিচার থাকতে পারে, আর থাকাতো যে সম্ভব, তা সহজ

বুদ্ধিতেও বোঝা যায়। তারপর, যে মহাত্মা জগতে চিরস্মরণীয় হয়েছেন তাঁর এই মহাত্ম্য আবিষ্কারের জন্যে, সেই অগদ্বরণ্য মহামতি শুলারের মতও তা নয় যে, অনেক গুলো ঔষধ এক সঙ্গে মিশিয়ে একটা জগা খেচুড়ি ব্যবহার সৃষ্টি করা। আর তা যদি তার মত হ'ত, তা হ'লে সেটা প্রচার ক'রে যেতেও তাঁর ভুল হ'ত না। দরকার হ'লে ২১০টা ঔষধ অবস্থানুসারে পর্যায়ক্রমে ব্যবস্থা করা যেতে পারে—তবু এক সঙ্গে কতকগুলো ঔষধ একত্র মিশিয়ে ব্যবস্থা করা অন্যায়—যেমন আমাদের এলোপ্যাথিক ডাক্তাররা করে থাকেন। যে কোন জিনিষ এক সঙ্গে মিশা'লে, তাদের সংযোগে—রাসায়নিক মিলনে, একটা নূতন রকম জিনিষের সৃষ্টি যে হ'তে পারে, আর হওয়াটাও যে অসম্ভব নয়, তা যেন আজকাল অনেক হোমিওপ্যাথ ও বাইওকেমিস্টদের মাথায় ঢুকেও ঢুকছে না বা তাঁরা তা ইচ্ছে ক'রেই ঢুকা'তে চাচ্ছেন না। যুগটাই যেন কেমন হ'য়ে দাঁড়িয়েছে আজকাল—গুরু চাইতেও শিষ্যদের মত প্রাধান্যের চেষ্ঠা চলতে শুরু হয়েছে। এই খানটাই বরং এলোপ্যাথ ডাক্তারদের তারিফ করতে হয় এইজন্য যে—তাঁরা প্রেক্ষাপসন ক'রবার আগে বাছাই করা ঔষধগুলোর সম্মিলন-অসম্মিলন বিচারটা আগে ভেবে চিন্তে দেখেন। কারণ, তাঁরা জানেন যে—রাসায়নিক পরিবর্তন ব'লে একটা জিনিষ খুব সত্য ক'রেই আছে; আর এমন অনেক জিনিষ আছে—যাদের এক সঙ্গে মিশা'লে একটা নূতন রকম জিনিষ সৃষ্টি হ'তে পারে—সেই রাসায়নিক পরিবর্তনের ফলেই। আমাদের কিন্তু এ সব ভাববার চিন্তার বালাই এদিন ছিল না, কিন্তু কিছু দিন থেকে আমাদেরও (হোমিওপ্যাথদের) ভাবিয়ে তুলবার উপক্রম করে'ছেন—“একটা নূতন কিছু করার” দলবল। চিরসত্য ভিত্তির উপর প্রতিষ্ঠিত—এক রকম অব্যয়—অপরিবর্তনীয় হোমিওপ্যাথিতে আর “নূতন কিছু করার” পথ খুঁজে না পেয়ে, এক সঙ্গে অনেক গুলো ঔষধ মিশিয়ে আহির করতে শুরু করে'ছেন এরা—একটা নূতন কিছুর সৃষ্টির হজকে যেতে। আবার আর এক

দল আর এক দিকে টেকা দিতে নেমেছেন—এলোপ্যাথদের দেখাদেখি—ইঞ্জেকসনে। কিন্তু এ দুটাই যে তাঁদের একটা মস্ত ভুল, আর এ ভুলটার ফলে যে কত রোগীকে স্বধু রোগযন্ত্রণা নয়—একেবারে ভব-যন্ত্রণা থেকে মুক্ত হ'তে হ'চ্ছে, “নূতন কিছু করার” দলপতি মহাশয়দের তা ভাব'বারও অবকাশ হ'চ্ছে না। হোমিওপ্যাথদের মধ্যে কয়জন এনাটমি, ফিজিওলজি, রসায়ন প্রভৃতি চিকিৎসা শাস্ত্রের বিভিন্ন বিষয়ে অভিজ্ঞ, তার সঠিক খবর অবশ্য আমার জানা নেই। তবে এসকল না জান'লেও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করবার বাধা হয় না জেনেই যে, অনেকে এদিকে নেমেছেন বা নামেন, তা বেশ জানি। সুতরাং তাঁদের মধ্যে এ রকম “নূতন কিছু করার” হজুক তুলে দিলে, শেষটা তার কি ফল ফ'লেবে, সহজেই তা বুঝা যায়। হোমিওপ্যাথিক ঔষধের ইঞ্জেকসনে ভাল ফল হয়, কি মন্দ ফল হয়, তা ব'লতে চাই না; কিন্তু ইঞ্জেকসন ক'রবার দোষে খুব বড় রকমের মন্দ ফল যে হ'তে পারে—অনভ্যাস ও অনভিজ্ঞ ডাক্তারদের হাতে প'ড়ে; তা কি কেও অস্বীকার ক'রতে পারেন? এলোপ্যাথ ডাক্তারদের মধ্যে প্রায় সকলেরই জীব-শরীরের গঠন গঠন, হাড় গোড়, শিরা, ধমনী, স্নায়ু এবং যন্ত্র তন্ত্র গুলো কোথায় কেমন ভাবে আছে, তা একরকম জানা আছে এবং এ সকলের সম্বন্ধে মোটামুটি জ্ঞানও তাঁদের মধ্যে প্রায় সকলেরই আছে। এনাটমির কিছু না কিছু তাঁদের জানা থাকে, ইঞ্জেকসন সম্বন্ধেও তাদের ভাল ভাল বই আছে—যাতে ক'বে তাঁরা শরীরের স্থান বিশেষে নিরাপদে ইঞ্জেকসন দিতে পারেন। কিন্তু আর আমাদের (হোমিওপ্যাথদের) ? আমাদের না আছে শরীর-তত্ত্ব জ্ঞান, না আছে ইঞ্জেকসন যন্ত্রাদির বিশোধন প্রণালী জানা; আর না আছে এসব ব্যাপারে জ্ঞান লাভ ক'রবার জন্যে এক খানা ভাল বই। অশুদ্ধ বায়া এলোপ্যাথ হ'তে হোমিওপ্যাথ হয়েছেন, তাদের কথা বলছি না; কিন্তু বায়া গোড়া থেকেই হোমিওপ্যাথ, তাদের মধ্যে অনেকেই ‘চাল নেই, তরোয়াল নেই নিধিরাম সর্দার’

হ'য়েছেন যে হজুকে যেতে ; তাতে কোন সন্দেহ নেই।
এ রকম অবস্থায় ইঞ্জেকসন দিতে আমরা ভালর বদলে যে
মন্দ ক'রে ব'সব, তাতে আর বিচিত্র কি ? এলোপ্যাথদের
দোষ হাজার মুখে প্রচার না করলে তো আমাদের ভাতই
হজম হয় না—হোমিওপ্যাথিকের গুণ-গরিমা জাহির করাই
হয় না ; কিন্তু ইঞ্জেকসন দিতে হ'লে যে, ইঞ্জেকসনের
ষট্টি বিশোধন করতে হয়, তার বেলায় কোন
হোমিওপ্যাথিক ঔষধের সাহায্য নিতে হবে ? তখন
যে সতীনের স্মরণাপন্ন না হ'লে চ'লবে না। এতে কি
হোমিওপ্যাথির সম্মান একটুও ক্ষুণ্ণ হয় না ?

যাক, ধান ভা'নতে শিবের গীত গেয়ে ফেলেছি—বা
ব'লবার, তা থেকেও দূরে যেয়ে পড়ে'ছি, এর জন্যে ক্ষমা
চেয়ে যা ব'লতে বসেছি, তাই বলি।

ডাঃ ওয়াকার একাধিক বাইওকেমিক ঔষধ
মিশা'বার ব্যবস্থা সম্বন্ধে যে মত প্রকাশ করেছেন, তা যে
ভালর জন্তেই, তাতে সন্দেহ করবার কিছু নেই। মন্দ হ'তে
পারে যেখানে—সেখানে সাবধান হ'লে দোষ হ'তে পারে
না। কথায় বলে—“অতি সাবধানীর বিনাশ নেই”।

যে ঔষধের সঙ্গে যে সব ঔষধ একত্রে মিশিয়ে দিলে
কোন দোষ হয় না ব'লে ডাঃ ওয়াকার মত দিয়েছেন ; এক
এক করে তা এখানে বলা যাচ্ছে।

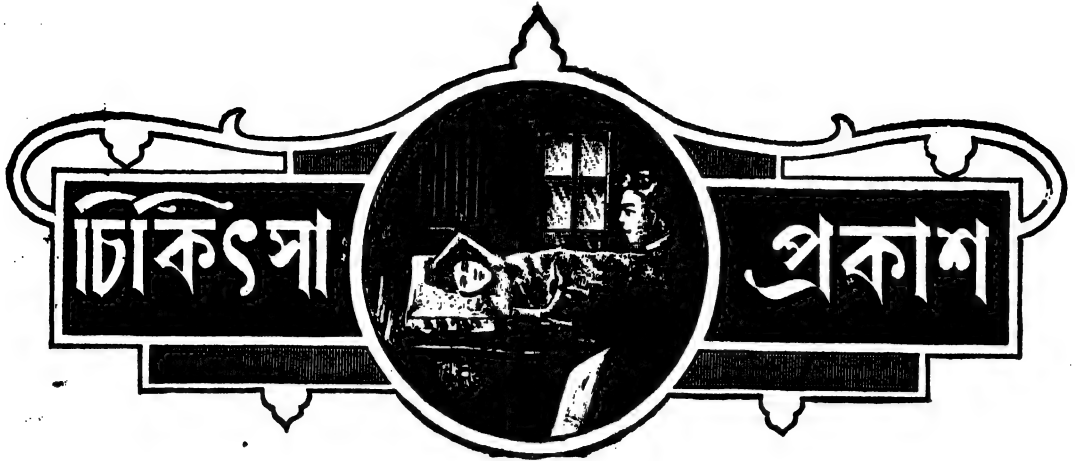
(১) ক্যালকেরিয়া ফ্লোরিকাম
(*Calcaria florium*) : এর সঙ্গে নীচের
যে কোন ঔষধ এক সঙ্গে মিশিয়ে দেওয়া যেতে পারে।
যথা—

- (ক) ক্যালকেরিয়া ফস্ফরিকাম (Cal. phos.) ;
- (খ) ক্যালকেরিয়া সালফ (Cal. sulph.) ;
- (গ) ক্যালি মিউরিয়েটিকাম (Kali. mur.) ;
- (ঘ) কেলি ফস্ফরিকাম (Kali-phos.) ;
- (ঙ) ম্যাগনেসিয়াম ফস্ফরিকাম (Mag. phos.) ;
- (চ) নেট্রাম মিউরিয়েটিকাম (Nat. mur.) ;
- (ছ) নেট্রাম ফস্ফরিকাম (Nat. phos.) ;
- (জ) শাইলিসিয়া (Silicea) ;

(২) ক্যালকেরিয়া ফস্ফরিকাম
(*Calcaria Phosphoricum*) :—ইহার
সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে ব্যবস্থা করা যেতে
পারে।

- (ক) ক্যালকেরিয়া ফ্লোরিকাম (Cal. flor.) ;
- (খ) ক্যালকেরিয়া সালফিউরিকাম (Cal. Sulph.) ;
- (গ) ফেরাম ফস্ফরিকাম (Ferri. phos.) ;
- (ঘ) কেলি মিউরিয়েটিকাম (Kali. mur.) ;
- (ঙ) কেলি ফস্ফরিকাম (Kali. phos.) ;
- (চ) ম্যাগ্‌ফস্ (Mag. phos.) ;
- (ছ) নেট্রাম মিউর (Nat. mur.) ;
- (জ) নেট্রাম ফস্ (Nat. phos.) ;
- (ঝ) শাইলিসিয়া (Silicea) ;

ক্রমশঃ)



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২৩শ বর্ষ

১৩০৭ সাল—মাঘ

১০ম সংখ্যা

চিকিৎসার প্রতিকৃতির একটু

লেখক—ডাঃ শ্রীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ—ভূগলী

— :: —

রোগ-লক্ষণ দেখিয়াই রোগের নামকরণ হইয়া থাকে। “শরীরং ব্যাধিমন্দিরম্”, জীবদেহই সকল রোগের আবাস স্থান। সুতরাং একই ব্যক্তির শরীরে সকল রোগই বাতায়িত করিতে পারে; আত্মীয় বা অতিথির জায় পুনঃ পুনঃ বাতায়িত করে বলিয়া লোকে কথায় বলে—‘জর কা’র পর, যদি আসে আর যায়।’ কিন্তু যখন আত্মীয়তা প্রগাঢ় হয়—রোগ রোগীকে ছাড়িয়া বাইতে চাহে না, তখন সে ভীষণ শত্রু বলিয়া পরিগণিত হইয়া থাকে।

এলোপথীরা প্রথমে পীড়ার খুব আদর যত্নের সহিত নানাবিধ প্রেতৃত্বের অমূল্যদান করেন।

তারপর আরম্ভ করেন—জ্বর জ্বরদন্তী। খাইতে দেন—কটু তীব্র পেটভরা হলাহল, বাহা অতি কষ্টে

রোগীকে উদরস্থ করিতে হয়। অথবা স্তম্ভীকৃত হুচ্যাঘাত— বাহা রোগীকে যন্ত্রণায় জর্জরিত করে। তারপর পথ্য-তাও অখাদ্য; বাহা রোগীর বংশে কেহ কখন খায় নাই, যে খাওে রোগীর জাতি ধ্বংস নাশ হয়—পরকালের কথা ছাড়িয়া দিলেও ধর্মশাস্ত্র মতে ইহকালে দেবদ্ব্য হইতে পণ্ডিতের পরিণত করে। ইহার উপর তারিক—একটি রোগকে তাড়াইতে গিয়া অস্ত্র রোগকে ডাকিয়া আনিয়া রোগীর দেহে স্থায়ী ভাবে বসতি স্থাপন করায়। আর এই অতিথি সংস্কারের ব্যয় বাহুল্যে রোগীকে সর্বস্বান্ত হইতে হয়। অনেকস্থলে রোগীর মল, মূত্র, রক্ত, নিষ্টিবনাদি লইয়া ঘাটাঘাটি বা পরীক্ষা না করিলে চিকিৎসাই হয় না।

পক্ষান্তরে, হোমিওপ্যাথীরা রোগের সহিত আত্মীয়তা স্থাপনে একেবারে অনিচ্ছুক। “রোগের সমান রিপূ নাই” ইহাই তাঁহারা সর্বদা মনে রাখেন ও গুপ্ত শত্রু—রোগের নাম ধাম জানা আবশ্যক বোধ করেন না—রোগীর কি কষ্ট হইতেছে, কেবল তাহাই দেখেন এবং যত সত্তর সম্ভব সেই কষ্ট নিবারণ করিতে বা রোগকে তাড়াইয়া দিতে প্রাণপণে চেষ্টা করিয়া থাকেন। এখানে একটি রোগীর কথা বলি—

বিগত আশ্বিন মাসের প্রথম ভাগে কোটালপুরের রসিদ নামক এক দরিদ্র ব্যক্তি আমার নিকট আসিয়া বলে—“তাহার স্ত্রীর কয়েক দিন সামান্য সামান্য জ্বর হইতেছিল, আজ সকাল হইতে প্রস্রাব বন্ধ হইয়া গিয়াছে প্রস্রাবের বেগ হয়, কিন্তু প্রস্রাব হয় না ও তলপেট টন্ টন্ করিতেছে”। উল্লিখিত অবস্থা জ্ঞাত হইয়া তাহাকে প্রথমে একমাত্রা নক্সভমিকা ২০০, দিলাম, উহাতে ২১৩ ঘণ্টার মধ্যে প্রস্রাব না হইলে পরবর্তী ঔষধ—ক্যাথারিস ৬, দুই মাত্রা দুই ঘণ্টা অন্তর খাওয়াইতে উপদেশ দিলাম। সে চলিয়া যাওয়ার পর আমার জনৈক ছাত্র জিজ্ঞাসা করিল—কি রোগ হইয়াছে? উত্তর দিলাম—মূত্রস্তম্ব বা মূত্রাবরোধ, ইহার ইংরাজি নাম—রিটেনশন অব ইউরিন।

পরদিনে রসিদ আসিয়া বলিল—“প্রথম ঔষধ (নক্সভমিকা) একবার এবং ২য় ঔষধ (ক্যাথারিস) ২ মাত্রা, এই তিনবারের ঔষধই খাওয়াইতে হইয়াছিল, তাহার পর প্রস্রাব গতকল্য দুইবার এবং আজ প্রাতে একবার হইয়াছে, কিন্তু প্রস্রাব খাঁটি রক্তের তায় এবং প্রস্রাব ত্যাগকালে জ্বালা করে”। এই অবস্থা জ্ঞাত হইয়া তাহাকে লাইকোপোডিয়াম ২০০, একমাত্রা ও কয়েক পুরিয়া অনৌষধি দিয়া বিদায় করিলাম। ঐ ছাত্র জিজ্ঞাসা করিল—এ আবার কি রোগ? উত্তরে বলিলাম—ইহা রক্তপ্রস্রাব বা হিম্যাচুরিয়া।

উক্ত ঔষধেই রোগিনীর প্রস্রাব স্বাভাবিক হইয়াছিল এবং দুই তিন দিনের মধ্যেই জ্বরও ভাল হইয়া গিয়াছিল। কিন্তু কয়েকদিন পরে ১৮ই আশ্বিন আবার রসিদ আসিয়া বলিল—“রোগিনী ৫৬ দিন ভাত খাইয়া ভালই ছিল, কিন্তু গতকল্য হইতে পুনরায় জ্বর ও পেটে ভয়ানক বেদনা হইয়াছে, উপর পেটের এক স্থানে ফুলা দেখা যাইতেছে, গত রাত্রি হইতে নিয়ত যন্ত্রণায় চীৎকার করিতেছে, আজ একবার আপনাকে বাইয়া দেখিতে হইবে।”

আমি যথাসময়ে পৌছিয়া রোগিনীর ঘরের নিকটে বাইতেই তাহার ভীষণ যন্ত্রণাজ্ঞাপক কাতরোক্তি শুনিতে পাইলাম। দেখিলাম—তাহার লিভারের কতকাংশ ফুলিয়া উঠিয়াছে, সেই স্থান হইতে দক্ষিণ পঞ্জরের কতকাংশ পর্য্যন্ত যন্ত্রণা হইতেছে—বাহার জ্ঞাত রোগিনী একেবারে অস্থির হইয়া পড়িয়াছে, জ্বর ১০২, কিছু খাইতে চাহে না। আমি তাহাকে বেলেডোনা ৩, দুই মাত্রা দিয়া আসিলাম। ছাত্র জিজ্ঞাসা করিল—এবার কি হইয়াছে দেখিলেন? বলিতে হইল—যকৃতের কোটক বা লিভার য়াব্‌সেস। রোগিনী কয়েক দিন বেলেডোনা সেবনেই সম্পূর্ণ আরোগ্য লাভ করিয়াছিল। অতঃপর তাহার আর কোন অসুখ হয় নাই।

এক কথায় এলোপ্যাথিক চিকিৎসায় রোগের নামের ভুল হইলে চিকিৎসা কার্যে গোলযোগ—এমন কি, প্রাণ সংশয় হয়; কিন্তু হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসায় রোগের নামের ভুল হইলে মেরুপ কোন ব্যাঘাত ঘটে না। তবে অপর ব্যক্তিকে সংক্ষেপে পীড়ার অবস্থা জানানো হইলে নামের আবশ্যক হয়, সেজন্য পীড়ার নাম জানিয়া রাখা দরকার এবং রোগী আরাম হইলেও রোগের নাম বলিতে না পারিলে লোকসমাজে উপহাস্যাপদ হইতে হয়।

ফাইটামের উপযোগিতা

লেখক—ডাঃ শ্রীমলিনীনাথ মজুমদার M. I. M. S.

থাগড়া—মুর্শিদাবাদ

—○:○:○—

“ফাইটাম” (Phytum) শব্দে অনৌষধি বা হৃৎ শর্করা বুঝায়। ইহার আরও নাম আছে।—যথা স্যাক ল্যাক ; প্লেসিবো ; সিপা ; ট্রেনিক প্রভৃতি।

এই ফাইটাম সম্বন্ধে অধুনা এমন আলোচনা আরম্ভ হইয়াছে—যাহাতে অস্তায়ভাবে হোমিওপ্যাথিক ভিষক দিগের পক্ষে কলঙ্ক বিঘোষিত হইতেছে। যেহেতু লোক সমাজে অনেক স্থলেই আলোচনা হয় যে, হোমিওপ্যাথিক ডাক্তারগণ সুখুই ফাঁকি ঔষধ দিয়া অর্থ গ্রহণ করেন, রোগ যাহা আরাম হয়, তাহা শারীর-প্রকৃতি বা স্বভাব বশতঃই হইয়া থাকে। এতাদৃশ উক্তি যে, হোমিওপ্যাথির উন্নতি-পথের বিশেষ অন্তরায়, তাহাতে সন্দেহ নাই। কেন না, হোমিও ঔষধ যদি ফাঁকিই হয়, আর স্বভাবেই যদি রোগ আরাম হওয়া লোকের মনে দৃঢ় ধারণা হইয়া পড়ে, তবে হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসার প্রয়োজনীয়তা ক্রমশঃ ক্ষুণ্ণ হইবে।

এই গেল এক শ্রেণীর লোকের ধারণা। আবার অপর এক শ্রেণীর লোক ধারণা করেন যে, “এ মতের ঔষধ এক মাত্রাতেই পীড়া আরোগ্য করায় এবং এই কারণেই হোমিও ভিষকগণ মাত্র এক মাত্রা ঔষধ দেন, আর অনেক মাত্রা ঐ ফাঁকি ঔষধ দিয়া তাহার মূল্য আদায় করেন”। লোকের মনে এই বিশ্বাস বদ্ধমূল হওয়ায়, প্রথমপ্রদত্ত একমাত্রা ঔষধ সেবনে উপকার না হইলে অনেকে মনে করেন যে, হোমিওপ্যাথিকে কোনই উপকার হইল না। বারম্বার ঔষধ সেবনকে তাঁহারা ফাঁকি ঔষধ সেবন মনে করিয়া আর হয়ত ঔষধই সেবন করেন না।

আবার একদল প্রকান্তেই বলেন যে, হোমিও ঔষধ

এক মাত্রা খাইলেই যখন উপকার হয়, তখন আর দ্বিতীয় মাত্রা খাইব কেন?

এবিধ নানা জনের মনে নানা প্রকার দ্রাব্য ধারণা বদ্ধমূল হইয়া পড়ায়, এ সম্বন্ধে কিছু আলোচনা করার আবশ্যক হইয়াছে।

আমরা প্রথমে অল্পসন্ধান করিব যে, লোকের মনে এরূপ ধারণা উৎপত্তি প্রকৃত কারণ কি।

হোমিওপ্যাথিক ঔষধের বর্ণ, স্বাদ, বা গন্ধ ও আকার, কোন দিক দিয়াই প্রকৃত ঔষধ এবং অনৌষধের সহিত তারতম্য দেখা যায় না। সুতরাং চিকিৎসকগণের দ্বারা অনৌষধির বিষয় সাধারণের গোচরীভূত না হইলে লোকে কখনই বুঝিতে পারে না যে, রোগীকে অনৌষধ প্রয়োগ করা হইয়াছে। অতএব চিকিৎসকগণের দ্বারা এবিষয় প্রচারিত হওয়াতেই যে, এইরূপ ভুল ধারণা লোকের মনে উৎপত্তি হইয়াছে; তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই। উদারমতি চিকিৎসকগণ পরিণামের কুফল চিন্তা না করিয়া এইরূপ বোরতর অস্তায় করিয়া ফেলিয়াছেন। ইহাতে চিকিৎসকগণের উদারতার পর্যায়ে অপরিণাম-দর্শিতাই প্রকৃষ্টরূপে প্রকাশ পাইয়াছে। চিকিৎসকগণের এই অপরিণামদর্শিতাই আজ হোমিওপ্যাথির উন্নতি পথের অন্তরায় স্বরূপ হইয়া দাঁড়াইয়াছে। এলোপ্যাথিক এবং কবিরাজী প্রভৃতি মতেও এইরূপ অনৌষধ গোছের অনেক সাধারণ ভাবের হীন শক্তিসম্পন্ন ঔষধ রোগীর সম্ভটি বিধানার্থ প্রযুক্ত হইয়া থাকে। কিন্তু তাহা সাধারণে জানিতে পারে না বলিয়াই, তদ্বিষয়ে কোন আলোচনাও হয় না। কারণ, এই সকল বিষয়

ঐ সকল চিকিৎসক কর্তৃক কখন প্রকাশিত হয় না। ঔষধ যাহাই হউক না, তাহা সাধারণে প্রকাশ হওয়া কদাচৈ উচিত নহে; তাহাতে বহুপ্রকার ক্ষতি হইতে পারে। এই সকল পরিণাম বিশদভাবে চিন্তা করিয়াই আর্ধ্য ঋষিগণ বলিয়াছেন—

আয়ুর্ক্সিতং গৃহচ্ছিত্রং মন্ত্র মৈথুন ভেষজং ।

তপোদানাপমানশ্চ নব গোপানি যত্নতঃ ॥

অর্থাৎ আয়ু, বৃত্ত গৃহ-ছিত্র, মন্ত্র, মৈথুন, ভেষজ, পেবা, দান এবং অপমান, এ নয়টি বিষয়কে অতীব যত্নসহকারে গোপন করিবে।

এসকল বিষয় গোপন করার প্রথা আর্ধ্য যুগ হইতে প্রচারিত থাকায়, ভারতীয় জনসমাজে বংশ পরম্পরায় ইহা ধারাবাহিকরূপে চলিয়া আসিতেছে। অত্য়াপি প্রাচীন ভাবাপন্ন ব্যক্তিগণ সাধারণ টোটকা ঔষধটি পর্য্যন্ত কাহাকেও প্রকাশ করেন না। যদিও আধুনিক নব্য শিক্ষিত ব্যক্তিগণ এ প্রকার প্রথাকে নিতান্ত কুসংস্কার বলিয়া ঘৃণা করেন, তথাপি ত্রিকালদর্শী ঋষিগণ যে নয়টি বিষয় যত্নতঃ গোপন রাখিতে উপদেশ দিয়াছেন, উহার যে কোনটিই প্রকাশ হইলে যে কত প্রকার অনিষ্ট হইতে পারে, একটু চিন্তা করিয়া দেখিলেই তাহা বেশ বুঝিতে পারা যায়।

এলোপ্যাথ ও কবিরাজগণ প্রেসক্রিপ্‌সন লিখিয়া দিলেও, উহাতে অনেক ঔষধের সমাবেশ থাকায়, উহা সাধারণে তেমন ভাবে প্রকাশিত ও প্রচারিত হইতে পারে না। কিন্তু ইহাতেও যতটুকু প্রচারিত হয়, তাহারই ফলে দেশের বহুতর অনিষ্ট সাধিত হইয়া থাকে। ক্যাষ্টার অয়েলে জ্বালাপ হয় এবং কুইনাইনে অর বন্ধ হয়, একথা প্রচারিত থাকায়, যে কোন ব্যক্তি বাজার হইতে কিনিয়া লইয়া ঐ সকল ঔষধের অপব্যবহার দ্বারা বহুল অনিষ্টসাধন করিতেছে। কবিরাজী মকরধ্বজ প্রভৃতি অনেক ঔষধের নাম ও মোটামুটি গুণ প্রচারিত ও প্রকাশিত থাকায়, তাহার অতুপানগত ক্রিয়া-পার্থক্যের বিচার না করিয়াই অনেকেই তাহা বাজার হইতে খরিদ করতঃ অশপ্রয়োগ

করিয়া কতই অনিষ্টসাধন করিতেছেন। এসকল দৃষ্টান্ত প্রত্যেক ব্যক্তিই প্রত্যাহ প্রত্যাক করিয়া থাকেন। তারপর, হোমিওপ্যাথির তো কথাই নাই। আজকাল হোমিওপ্যাথিক ঔষধ তো জীলোক এবং বালকবালিকাদের খেলার সামগ্রী হইয়া পড়িয়াছে। অফিসের বাবুগণ ও উকীল, মোস্তাফ, স্কুলমাষ্টার, সাধারণ জমিদার এবং গৃহস্থগণের প্রায় প্রত্যেকের ঘরেই আজ এক একটা ঔষধের বাক্স এবং চটীপুস্তক—তাস, দাবা, পাশা ক্রীড়ার পরিবর্তে অবলম্বিত হইয়াছে। কিন্তু হৃৎকের বিষয়, ইহার বাটতে কোন রোগ হইলে ইহারাই আবার এলোপ্যাথির স্বরণাপন্ন হইয়া থাকেন। যাহা হউক, এতপ স্থলে জনসমাজে যদি হোমিও ঔষধ প্রকাশ্যভাবে ঢোল পিটাইয়া ব্যবহৃত হয়, তাহা হইলে যে ইহার উন্নতির পক্ষে সমধিক অন্তরায় উপস্থিত হইবে, তাহাতে কি বিন্দুমাত্রও সন্দেহ আছে? আধুনিক নব্য হোমিওপ্যাথগণের মধ্যে অনেকে হোমিও শাস্ত্রে বিশেষ পাণ্ডিত্য অর্জন করিলেও অনেকের মধ্যেই ব্যবসায়-বুদ্ধি এবং পরিণামদর্শিতার অভাব লক্ষিত হয়। ইহারা কোন একটা রোগের কোন একটি ঔষধ নির্দীচন করিয়া তাহাকে অভ্রান্ত মনে করতঃ, কতক্ষণে ও কি উপায়ে তাহা জনসাধারণে প্রকাশিত হইয়া তাঁহার পাণ্ডিত্য প্রচারিত হইবে, সেই চেষ্টায় ব্যগ্র হন। ঔষধ প্রয়োগের পূর্বেই ঔষধের নাম এবং তাহাতে নিশ্চয়ই আরাম হইবার দৃঢ়তা প্রকাশ করিলে, তদ্বারা আশ্বস্তরিতা সহ বাহাদুরী প্রকাশ পাইলেও, যখন সেই ঔষধে রোগীর কোন ফল না হয়, তখন নিজের মুখ কেমন অবনত হয়? আবার সেই সঙ্গে দ্বিতীয় ঔষধ নির্দীচনে এবং সেই ঔষধের নাম ও গুণ-গরিমা প্রকাশে পূর্বাপেক্ষা সমধিক আকাঙ্ক্ষা দৃষ্ট হইয়া থাকে। পুনঃ পুনঃ এরূপ ব্যাপারে প্রকাশিত ঔষধের নাম এবং দাস্তিকতা প্রভৃতি চিকিৎসকের অসঙ্গুণরাজীও হোমিওপ্যাথির উন্নতির অন্তরায় হইয়া থাকে।

কলিকাতা প্রভৃতি বড় বড় সহরের খ্যাতনামা হোমিওপ্যাথগণের মধ্যে অনেকেই যোটা ভিটিট গ্রহণ

করেন বলিয়া প্রকৃত সুনির্ধারিত একমাত্রা ঔষধ বিনামূল্যে দিয়া ৩৪ সপ্তাহের মধ্যে আর অল্প কোন ঔষধ ব্যবস্থা করেন না। সুনির্ধারিত ঐ একমাত্রা ঔষধেই রোগীও আরোগ্য লাভ করেন। সুতরাং “একমাত্রা হোমিওপ্যাথিক ঔষধ রোগ আরামের পক্ষে যথেষ্ট” ক্রমশঃ এই কথাটি রোগী ও রোগীর আত্মীয়গণের দ্বারা প্রচারিত হয়। তজ্জন্ত লোক সর্বক্ষেত্রেই এক মাত্রায় আরামের আকাঙ্ক্ষা করে। কিন্তু ঐ সকল চিকিৎসক যদি সেই ৩৪ সপ্তাহের জন্ত দৈনিক একমাত্রা হিসাবে ফাইটাম দিতেন, তবে লোকের মনে ঐ ধারণাটি আসিত না। যে দেশের লোক পর্যায়ক্রমে ২৩ ঘণ্টা অন্তর ঔষধ সেবন, মালিস, মর্দন, কুন্মী, আব্রাণ ইঞ্জেকসন প্রভৃতি নানাভাবে এবং দৈনিক ৫১৬ বার ঔষধ ব্যবহারে অভ্যস্ত হইয়াছে, সে দেশে হোমিওপ্যাথির বেলায় একমাত্রা কিষা দুইটি মাত্র মাকড়সার ডিম (যাহা দস্তুর কোণেই আটকাইয়া থাকে, পেটেই যায় না) খাইয়া বিশ্বাস বা নির্ভর করিয়া থাকিবে কিরূপে? এ বিষয়ে পরিণাম চিন্তা করিয়াই পাশ্চাত্য জগতের সুখী হোমিওপ্যাথগণ ফাইটাম প্রয়োগের ব্যবস্থা বিধিবদ্ধ করিয়া গিয়াছেন। অবশ্য অধুনা সে দেশের যে সকল ব্যক্তি হোমিওপ্যাথিক প্রাণের সহিত বিশ্বাস করিয়া “একমেবাদ্বিতীয়ং” ভাবে গ্রহণ করিয়াছেন, তাহাদের জন্ত আর ফাইটাম প্রয়োগ আবশ্যক হয় না। কিন্তু এদেশের পক্ষে যে ফাইটাম নিত্যন্ত প্রয়োজন, তাহাতে সন্দেহ নাই।

ফাইটামের উপকারিতাঃ—ফাইটাম চিকিৎসক এবং রোগী উভয়েরই উপকারী বস্তু। চিকিৎসক অতি ক্লেশসহকারে নির্ধারিত যে একমাত্রা ঔষধ রোগীকে প্রয়োগ করিলেন, রোগীর তীব্র রোগ-যাতনা উপশম না হওয়া পর্যন্ত রোগী সে ঔষধের ক্রিয়া বুঝিতে পারিল না বলিয়া, চিকিৎসকের প্রতি এবং ঔষধের প্রতি তাহার ভক্তি জন্মিল না, তখন সে আরও ঔষধ প্রার্থনা করিতে থাকিবে। সুতরাং রোগীর যতক্ষণ না

যাতনা কমিল ততক্ষণই ঔষধ প্রয়োগের প্রয়োজন হইবে। এক্ষণে চিকিৎসকের নিকট অপ্রয়োজনীয় কিন্তু রোগীর নিকট প্রয়োজনীয়, এই ঔষধ কি দেওয়া হইবে? এখানে ফাইটাম ভিন্ন ভিষক কি প্রয়োগ করিবেন? আর ঔষধ না পাইলেই বা রোগী মন স্থির করিবে কিসে? সুতরাং ইহা দুই পক্ষেরই উপকারী সন্দেহ নাই।

আবার এমনও দেখা যায় যে, যেখানে ২১৬ মাত্রা প্রকৃত ঔষধই প্রয়োগের আবশ্যক; সেখানে যদি রোগী একমাত্রাকেই প্রকৃত আরোগ্যকরী ঔষধ এবং অপরাপর মাত্রাকে ফাইটাম জ্ঞান করিয়া উহা পরিত্যাগ করে, তাহা হইলে তাহাতেও কার্যসিদ্ধ হয় না। সুতরাং কোনটুকি ঔষধ, তাহা গোপন করাই আবশ্যক।

এমন অনেক স্থলে স্বচক্ষে প্রত্যক্ষ করিয়াছি এবং নিত্য করিতেছি যে, রোগীকে প্রকৃত ঔষধ এক মাত্রা দিয়া তারপর তিন দিনের জন্ত ৬ মাত্রা ফাইটাম ব্যবস্থা করা গেল। চতুর্থ দিনে রোগী সংবাদ দিল যে, “কল্য শেষ যে একমাত্রা ঔষধ খাইয়াছি তাহাতেই কিছু উপশম বোধ করিতেছি, সেই ঔষধ আরো দিবেন”। বলা বাহুল্য, এই শেষ মাত্রা ঔষধ ফাইটাম ভিন্ন আর কিছুই নহে। সুতরাং এ স্থলে ইহাতে কি রোগীর পক্ষে ফাইটামের আবশ্যকতা জ্ঞাপন করে না? একদিন প্রাতঃকালে একটা রোগীকে এক হাওয়ার ক্রমের একমাত্রা সালফার দেওয়া হইয়াছিল, রাজি দশটার সময় সেই রোগীর তীব্রভাবে পৃষ্ঠবেদনা আক্রমণ করায় চীৎকার করিতে থাকে। সংবাদ পাইয়া তাহাকে একমাত্রা ফাইটাম প্রয়োগ করা গেল। পরদিন সংবাদ পাইলাম, ঐ ঔষধ (ফাইটাম) সেবন মাত্রই রোগী নিদ্রিত হইয়াছে। এটা কি? ঔষধের গুণ, না ফাইটামের গুণ? কিষা ঔষধের প্রতি বিশ্বাস? ফাইটাম প্রয়োগের পর রোগী “ঔষধ খাইলাম” বলিয়া যে অগাধ বিশ্বাস করিয়া লইল, সেই ইচ্ছাশক্তির জোরেই যে তাহার রোগ কমিয়া গেল, তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই। কিন্তু

বাস্তবিক পক্ষে ইহা পূর্ব প্রদত্ত সালফারেরই ক্রিয়াফল; তবে এখানে ফাইটামই তাহার উত্তেজক হইল। এখানে রোগী যেমন উপকৃত হইলেন, ভিষকেরও তেমনি স্মরণ বোধিত হইল।

আবার এলোপ্যাথিক মতে পীড়া আরোগ্যের পর বলকারক ঔষধ সেবনে লোকে যেমন অভ্যস্ত হইয়াছে; হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসায় রোগী আরামের পরও লোকে তদ্রূপ টনিক এং পুনরাক্রমণ নিবারক ঔষধ প্রার্থনা করে। এরূপ স্থলেও আবাদিগকে ফাইটামের সাহায্য লইতে হয়।

তারপর, মফঃস্বলের দরিদ্র হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকগণ অধিকাংশ স্থলেই খুব কম ভিজিট পান। অনেক স্থলে আবার ভিজিট লইতে গেলেই অনেকের অগ্রিয়পাত্র হন। এরূপস্থলে কেবল ঔষধের মূল্য বলিয়া বাহা আদায় করিতে পারেন তাহাই তাহাদের সম্বল হয়। সুতরাং তাহাদের পক্ষে ফাইটাম ব্যবহার এবং ঔষধের হারে তাহার মূল্য আদায় না করিলে আর জীবিকানির্ভর হইয়া সন্তুষ্ট হইতে হয় না।

দুর্দম্য-শিরঃপীড়ায় স্পাইজিলিয়া

Spigilia in obstinate Headache.

লেখিকা—শ্রীমতী লতিকা দেবী M. D. (*Homoeo*),

H. L. M. P., M. H. C. P.

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক লেডি ডাক্তার

—:~:~:~:—

রোগিনী—জৈনিক মহিলা, বয়স ২৮২৯ হইবে। ৫৮টি সন্তানের জননী। সাধারণ স্বাস্থ্য বেশ ভাল। ইনি কিছুদিন হইতে প্রায়ই মাথার যন্ত্রণার ভুগিতেছেন। এস্পিরিন, ভেরাশন, ব্রোমাইড ইত্যাদি সেবনে যন্ত্রণার উপশম হইত। এবার গত দুই দিন হইল অসহ্য মাথার যন্ত্রণায় একেবারে শয্যাশায়ী আছেন। ব্রহ্মতালু অত্যন্ত গরম। কিছু আহার করিলেই বেদনার বৃদ্ধি হয়। আনন্দজনক গল্পাদিতে যন্ত্রণার ক্রিষ্ণ হ্রাস হইয়া থাকে। চক্ষে আলোক সহ্য করিতে পারেন না। অত্যন্ত যন্ত্রণার সময়ে চক্ষু দিয়া জল পড়ে এবং যন্ত্রণায় গোঁড়াইতে থাকেন। সমুখ ভাগ অপেক্ষা মাথার পশ্চাৎ ভাগেই যন্ত্রণা বেশী। ব্রহ্মতালুতে যথেষ্ট বেদনা বর্তমান। মাথার চুল উঠিয়া যাইতেছে। কোলে একটা ৮৯ মাসের শিশু স্তন্য পান করে। ঋতু বন্ধ আছে। জিহ্বা পরিষ্কার। মল স্বাভাবিক

রোগীর মাথার যন্ত্রণার আশু উপশম জন্ম গত ২ দিবস বিবিধ অবসাদক ঔষধ সেবন করিয়াছেন; কিন্তু কোনও ফল হয় নাই। কেবলমাত্র মর্ফিয়া বাকী ছিল।

এই রোগিনীর চিকিৎসার্থ আমি আহূত হই এবং উল্লিখিত অবস্থাদি জ্ঞাত হইয়া প্রথমে ১ মাত্রা সালফার দিয়া ২০ মিনিট পরে ১ মাত্রা স্পাইজিলিয়া ২০০ ক্রম দিলাম। আশ্চর্যের বিষয় এই যে, এই ঔষধ সেবনের ১০ মিনিট মধ্যেই রোগিনীর যন্ত্রণার উপশম এবং ২০ মিনিট মধ্যেই তিনি সম্পূর্ণ সুস্থ হইয়া নিদ্রিতা হইয়া পড়িলেন। অতঃপর আর যন্ত্রণা হয় নাই। এ পর্যন্ত তিনি বেশ ভালই আছেন।

স্পাইজিলিয়ার এবিধ ক্রিয়া দেখিয়া বিশেষ আশ্চর্য্যান্বিত হইয়াছি।

প্রসবে—ক্যাথারিস (Cantharis in delivery.)

লেখক—ডাঃ শ্রীফণীভূষণ সাহা M. R. (Homoeo)

বাঘারপাড়া—যশোহর

নানা কারণে প্রসবে বিলম্ব বা বাধা হইতে পারে। ইহা কতদূর বিপজ্জনক ব্যাপার—বিশেষতঃ পল্লীগ্ৰামে, তদুল্লেখ বাহ্যিক। অশিক্ষিত ধাই বা কুচিকিৎসায় প্রসব ব্যাপারে অনেক স্থলে প্রায় সাংঘাতিক ঘটনা ঘটতে দেখা যায়। একেই তো পল্লীগ্ৰামে শিক্ষিতা ধাত্রী বা খাত্রিবিজ্ঞাবিদ চিকিৎসকের অভাব, তদুপরি এ সব ক্ষেত্রে অশিক্ষিত সমাজে চিকিৎসকের স্মরণাপন্ন হওয়া সাধারণতঃ প্রয়োজনই বিবেচিত হয় না। অধিকাংশ স্থলে প্রথমে অশিক্ষিতা ধাই দ্বারা টানাটানি, তারপর জল পড়া, তেল পড়া প্রভৃতি চলে; অতঃপর শেষফল বাহা হয়, তাহা না বলিলেও চলে। কোন যাত্রিক কারণে বা সন্তানের অবস্থান বিপর্যয়ে প্রসবে বাধা ঘটিলে খাত্রিবিজ্ঞাবিদগণের ফরসেপ্সই প্রধান অবলম্বন। বলা বাহুল্য—ইহার কার্যকারিতা অস্বীকার করা যাইতে পারে না। কিন্তু অনেক স্থলেই যে, ইহার অপপ্রয়োগ বা অযথা প্রয়োগ হইয়া থাকে, তাহাতেও কোন সন্দেহ নাই। পক্ষান্তরে, পল্লীগ্ৰামে ফরসেপ্স দ্বারা প্রসব করান অসম্ভব বলিলেও অত্যুক্তি হয় না। গর্ভিণীর প্রাণান্ত হইলেও, প্রায় কাহাকেও ইহাতে সন্মতি দিতে দেখা যায় না।

আমাদের হোমিওপ্যাথিক শাস্ত্রে এমন অনেক ঔষধ আছে—বাহাদের লক্ষণানুসারে প্রয়োগ করিতে পারিলে এ সব লজ্জাকর আড়ম্বরশীল কার্য অমুষ্ঠানের কোনই প্রয়োজন হয় না—এক মাত্রা ঔষধেই নিরাপদে প্রসব কার্য সম্পন্ন হইতে পারে। একটা প্রস্থতির বিবরণ উল্লেখ করিতেছি।

বাঘারপাড়া নিবাসী জনৈক মুশলমানের জ্ঞা; নবম মাস গর্ভবতী, এটা তাহার দ্বিতীয় গর্ভ। জ্ঞালোকটির স্বামী অত্যন্ত গরীব।

গত ১৯১২।৩০ তারিখে রাত্রি ৮টার সময় উক্ত ব্যক্তি আসিয়া তাহার জ্ঞার অবস্থা জানাইয়া আমার নিকট ঔষধ প্রার্থনা করিল। যে যে সকল বিষয় সাড়ম্বরে প্রকাশ করিল, তাহার সারমর্ম এই যে—“আজ ৯ দিন যাবৎ তাহার জ্ঞার প্রসব বেদনা হইয়াছে, এখনও প্রসব হয় নাই। কেহ গর্ভ বন্ধিয়া রাখিয়াছে এই বিশ্বাস ও

আশঙ্কার জনৈক ককিরকে ডাকা হয়, তিনি অনেক রকম তৈল পানী পড়া দেন, কিন্তু প্রসব হয় নাই। আরও অনেক রকম চেষ্টা করা হইয়াছে, কোন ফল হয় নাই। আজ ২ দিন হইতে পেটের মধ্যে সন্তানের নড়া চড়া (quickenings) টের পাওয়া যাইতেছে না। সকলেই বলিতেছে যে, পেটের মধ্যে সন্তান মারা গিয়াছে। পেটের উপরিভাগ ফুলিয়া উঠিয়াছে। গতকল্য হইতে আদৌ বেদনা নাই। আজ একটা নূতন উপসর্গ উপস্থিত হইয়াছে; আজ ছপূর বেলা হইতে ফোঁটা ফোঁটা করিয়া প্রসাব হইতেছিল এবং প্রসাব করিতে খুব জালা হইতেছিল, কিন্তু বিকালবেলা হইতে প্রসাব এককালীন বন্ধ হইয়া গিয়াছে”।

রোগিণীকে দেখাইবার জন্ত বলিলে উক্ত ব্যক্তি তাহাতে অসম্মতি প্রকাশ পূর্বক বলিল—“বাহাতে প্রসাব হয়, আপনি সেই রকম একটু ঔষধ দেন”, আপনাকে রোগী দেখাইতে পারিব না”। অশিক্ষা, অজ্ঞতা এবং কুসংস্কারের কি বিষময় ফল!

ইতিপূর্বে এই জ্ঞালোকটি গণোরিয়া পাড়ায় আক্রান্ত হইয়াছিল এবং আমি উহাকে “ক্যাথারিস” দ্বারা আরোগ্য করিয়াছিলাম। রোগিণীকে অজ্ঞ ও ক্যাথারিস ৩০, দুই মাত্রা দিয়া উহা ৩ ঘণ্টান্তর সেবন করাইতে এবং কোন পারদর্শী ধাত্রীকে দিয়া প্রসব করাইতে উপদেশ দিলাম। সত্তর প্রসব না করাইলে কি সাংঘাতিক ফল হইবে, তাহাও বুঝাইয়া দিলাম।

২০।১২।৩০ তারিখে—অর্থাৎ পরদিন প্রাতে উক্ত ব্যক্তি আসিয়া সংবাদ দিল যে, কল্যাকর ঔষধ ১ দাগ খাওয়াইবার ১৫।১৬ মিনিট পরেই বেদনা আরম্ভ হয় এবং দ্বিতীয় দাগ ঔষধ খাওয়াইবার আধ ঘণ্টা পরেই তাহার জ্ঞা একটা মৃত কত্তা প্রসব করিয়াছে। প্রসূত কত্তাটির গায়ের চামড়া উঠিয়া গিয়াছিল। প্রসাবও বেশ সরল ভাবে বিনা যন্ত্রণায় হইতেছে।”

যথাসময়ে চিকিৎসা করিলে বোধ হয় গর্ভস্থ সন্তানটি মারা যাইত না। বাহা হউক, এক্ষেত্রে ক্যাথারিস যে ফরসেপ্সের কার্য করিল, তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই।

Printed by Rasik Lal Pan At the Gobardhan Press,

209, Cornwallis street, Calcutta.

Published by Dharendra Nath Halder,

197, Bowbazar street Calcutta.



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয় মাসিক পত্র ও সমালোচক

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল-ফাল্গুন

১১শ সংখ্যা

বিবিধ

ধবল রোগে - বুচ্‌কীদানা (*Psoralia Corylifolia in Leucoderma*) :- কলিকাতার “স্কুল অব ট্রপিক্যাল মেডিসিনের” বাৎসরিক রিপোর্টে প্রকাশিত হইয়াছে যে—আয়ুর্বেদোক্ত বুচ্‌কীদানার তৈল মর্দনে ‘ধবল’ রোগ (*Leucoderma*) আরোগ্য হয়। ইংরাজীতে বুচ্‌কীদানাকে সোরালিয়া করিলিফোলিয়া (*PSORALIA CORYLIFOLIA*) বলা হয়। বুচ্‌কীদানার গাছকে আয়ুর্বেদে “কুঠনাশিনী” বলিয়া ব্যাখ্যা করা হইয়াছে। ইহার বীজ হইতে প্রাপ্ত তৈল — প্রাচীন কবিরাজগণ কুঠ রোগ ও বিবিধ চর্মরোগে বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহার করিতেন।

(Dr. N. Dass M. B.)

মধু-মূত্ররোগে—গন্ধকের ভাপ্‌রা (*Sulphur Bath in Diabetes Mellitus*) :- Dr. G. E. Emersion M. D. বলেন “মধু-মূত্র রোগীর রক্তমধ্যস্থ শর্করা (Blood-Sugar) হ্রাস করণার্থ রোগীকে গন্ধকের ভাপ্‌রা প্রয়োগ করাইয়া রক্তস্থ শর্করা হ্রাস হইতে দেখা গিয়াছে।

এইজ্ঞা অনেক সময়ে দেখা যায় যে—ছোট ছোট শিশুদের “সাল্‌ফার চিকিৎসা করিলে হঠাৎ তাহাদের হিমাস্র অবস্থা উপস্থিত হয় ; রক্তস্থ শর্করা (Blood-Sugar) সহসা অত্যন্ত হ্রাস পাইয়াই এইরূপ হিমাস্র অবস্থা উপস্থিত হইয়া থাকে। শিশুদিগকে কন্‌ফেক্‌শিয়ো সাল্‌ফার সেবন, ক্ষতাদিতে সাল্‌ফার মলম লাগান অথবা অন্য কোনও প্রকার সাল্‌ফার দ্বারা চিকিৎসার সময়ে—একথা সকলেরই স্মরণ রাখা কর্তব্য। (M. A. R. III. 28)

দক্ষ-হানে ট্যানিক এসিড (Tannic Acid in Burns) :—Dr. C. Davinsson M. D. লিখিয়াছেন—“দেহের কোন স্থান দক্ষ হইলে বা ঝলসাইয়া গেলে অনতিবিলম্বে ট্যানিক এসিডের ২½—৫% পাসেন্টে দ্রব দক্ষহানের উপর লাগাইয়া দিলে অবিলম্বেই দক্ষহানের বস্ত্রপার নিবৃত্তি হইয়া থাকে এবং ভবিষ্যৎব্যয় কতোৎপাদন হইতে ইহা দক্ষ-ত্বকে রক্ষা করিতে সমর্থ হয়।

(M. A. R. III. 28)

ম্যালেরিয়া সোডিয়াম ক্যাকোডিলেট (Sodium Cacodylate in Malaria) :—ডাক্তার মার্কী (Dr. Murffi M. D.) লিখিয়াছেন যে—বহুসংখ্যক ম্যালেরিয়া রোগীতে সোডিয়াম ক্যাকোডিলেট এর দ্রব শিরাপথে ইঞ্জেকসন দিয়া আশান্ত উপকার পাওয়া গিয়াছে।—০.৫ গ্রাম মাত্রায় ইহা ৬ ঘণ্টান্তর ৪টা ইঞ্জেকসন দিবার পর, রক্তপরীক্ষা করিয়া তদ্ব্যতীত আদৌ ম্যালেরিয়া-জীবাণু বর্তমান থাকিতে দেখা যায় নাই। সাধারণতঃ ইহা প্রয়োগের ৪ দিন পরেই রোগীর রক্ত রোগ-জীবাণুশূন্য হয়। প্রথমতঃ ০.৫ গ্রাম মাত্রায় প্রয়োগ করতঃ, অতঃপর মাত্রা অর্ধেক হ্রাস করিয়া দিতে হয়। এইরূপে ইহা আরও ২ সপ্তাহকাল ইঞ্জেকসন করা উচিত। প্রবল প্রকৃতির পীড়ায় সত্ত্বর উপকারের জন্য প্রথম মাত্রায় ১ গ্রাম পর্যন্ত এবং ইহা পুনরায় ৫ ঘণ্টা পরে দিতে পারা যায়। সোডি ক্যাকোডিলেট ইঞ্জেকসনের পর বিবমিষা, বমন, উদরাময় অথবা ঔদরিক আক্ষেপ ইত্যাদি প্রতিক্রিয়া উপসর্গ কদাচিৎ দেখা যায়। বহু রোগীতে এই ঔষধ প্রয়োগ করতঃ ইহার ক্রিয়া-ফল প্রত্যক্ষ করিয়া নিঃসন্দেহে বলা যাইতে পারে যে—কেবল মাত্র সোডিয়াম ক্যাকোডিলেট দ্বারা চিকিৎসা করিলে ম্যালেরিয়া জর সত্ত্বর এবং সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হইতে পারে।

(M. A. R. III. 28)

একজিমা সোডিয়াম-থিওসালফেট (Sodium Thio sulphate in Eczema) :—ডাক্তার থোন্, ভান্ট্রিক, মার্পলস এবং মার্স প্রভৃতি বিখ্যাত জার্মান চিকিৎসকগণ লিখিয়াছেন—“০.৫ গ্রাম সোডিয়াম-থিওসালফেট—বিশোধিত পরিকৃত জলে দ্রব করতঃ শিরামধ্যে, সপ্তাহে ৩ বার করিয়া ইঞ্জেকসন দিয়া দেখা গিয়াছে যে, শতকরা ৮০ জন ‘একজিমা’ রোগী সত্ত্বর ও সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হয়।” ইঞ্জেকসনার্থ বিবিধ শক্তির সোডিয়াম-থিওসালফেট দ্রব এস্পুল মধ্যে পাওয়া যায়।

(M. A. R. III. 28)

কৈচো কৃমি ও অন্যান্য কৃমিতে সোমরাজের বীচি (Serratula Anthelmintica in Worms) :—প্রাচীন আয়ুর্বেদীয় চিকিৎসা-শাস্ত্রে অল্পহ বিবিধ কৃমিতে সোমরাজের বীজ ব্যবহার অমুমোদিত হইয়াছে। সম্প্রতি স্কুল অব ট্রপিক্যাল মেডিসিনের বার্ষিক রিপোর্টে প্রকাশিত হইয়াছে যে, এই বীজের ক্রিয়ার সহিত স্ত্রাটোনাইনের ক্রিয়ার বিশেষ সাদৃশ্য আছে এবং যে স্থলে স্ত্রাটোনাইন ব্যবহার করা যায়, সে স্থলে সোমরাজের বীচি উপযোগিতার সহিত ব্যবহার করা যাইতে পারে। বিশেষতঃ, কৈচো কৃমিতে (Round worms) ইহা অব্যর্থ বিবেচিত হইয়াছে। ইংরাজীতে ইহাকে সেরাটুলা এন্থেল মিন্টিকা (SERRATULA ANTHEL MINTICA) বলে। বয়স অনুযায়ী ২:৩ বা ততোধিক বীচি ব্যবহার করা যায়। ইহা অত্যন্ত তিক্তাখাদযুক্ত।

(Dr. N. Dass, M. B.)

গলগণ্ড (গলগণ্ড) রোগ হাইড্রাস্টিস (Hydrastis in Goitre) :—ডাক্তার কাথবার্টন (Dr. Kathberton L. C. P. S., M. P.) লিখিয়াছেন একটা গর্ভবতী নারীকে জরায়বীয় বলকারক (টনিক) ক্রিয়া প্রকাশ উদ্দেশ্যে “হাইড্রাস্টিস ক্যানাডেনসিস” সেবনার্থ দেওয়া হইয়াছিল। এই স্ত্রীলোকটির অল্প দিনের একটা গলগণ্ড (মাগ্) ছিল। কতিপয় দিবস এই ঔষধ ব্যবহারের পর দেখা গেল যে, তাঁহার গলগণ্ডটা আরোগ্য হইয়া গিয়াছে। গলগণ্ডের উপর হাইড্রাস্টিসের এবিধ ক্রিয়ার প্রতি দৃষ্টি আকৃষ্ট হওয়ায়, প্রথম ঋতুমতী এবং গর্ভবতী, এইরূপ ২৫ জন স্ত্রীলোকের গলগণ্ড রোগে এই ঔষধ ব্যবহার করিয়াছিলাম। ইহাতে প্রত্যেক রোগীরই গলগণ্ড রোগ এই ঔষধ দ্বারা সত্ত্বর সম্পূর্ণরূপে নিরাময় হইয়াছিল। এই ঔষধ সাধারণতঃ ১—৩ মাস কাল, আহারান্তে দিবসে ৩ বার করিয়া সেবন করিবার উপদেশ দেওয়া হইয়াছিল। একটা রোগিণীর গলগণ্ড চিকিৎসার জন্য তাঁহাকে আয়োডিন, আয়োডাইড, থাইরয়েড্ এক্সট্রাক্ট, ইত্যাদি সেবন করিতে দেওয়া হইয়াছিল; কিন্তু রোগিণী এই ঔষধগুলি আদৌ গ্রহণ করিতে পারেন নাই, ফলে তাঁহার অবস্থা ক্রমশঃ মন্দতর হইতে থাকে। অবশেষে ইহাকে ‘হাইড্রাস্টিস’ সেবনের ব্যবস্থা করা হয় এবং কেবলমাত্র এই ঔষধেই ইনি সত্ত্বর আরোগ্য লাভ করেন। আরও বহু বিচক্ষণ চিকিৎসক গলগণ্ড রোগে হাইড্রাস্টিসের এই অদ্ভুত শক্তি বহু রোগীতে পরীক্ষা করিয়া বিশেষভাবে স্বীকার করিয়াছেন।

এতদর্থে ১০—৩০ গ্রেণ মাত্রায় হাইড্রাস্টিস রিজোমা সেবনার্থ বিধেয়।

(Chicago Med Times 105.)

ইউরিনেমিয়া সোডি বেঞ্জোয়াস Sodii Benzoas in Urinæ :—ইউরিনেমিয়া যে সকল ঔষধ ব্যবহৃত হয়, তন্মধ্যে সোডিয়াম বেঞ্জোয়াস

অন্যতম। ইউরিনেমিয়া অবস্থায় - বিশেষতঃ, ইউরিনেমিয়ার প্রাথমিক লক্ষণ সমূহ প্রকাশ পাইবামাত্র (যথা—শিরঃপীড়া, চক্ষু তারকার বিস্তৃতি এবং বমন) ইহা পূর্ণ মাত্রায় এক ঘণ্টান্তর প্রয়োগ করিলে, কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই সমূহ সফল প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। ইউরিনেমিয়াজনিত আক্ষেপ ও তৎসংক্রান্ত লক্ষণাবলী প্রকাশ পাইলে এই ঔষধ দ্বারা (সোডিয়াম বেঞ্জোয়াস) সত্ত্বর তাহাদের উপশম হয়; ইহাতে মূত্র হইতে অণুলাল (এলবুমিন) শীঘ্রই অন্তর্হিত হয় এবং রোগী অনতিবিলম্বেই গভীরভাবে নিদ্রিত হইয়া পড়ে। পরে যখন রোগী নিদ্রা হইতে জাগরিত হয়, তখন জ্ঞান সম্পূর্ণরূপে ফিরিয়া আসে এবং বেশ সুস্থ ও আরাম বোধ করে।

সোডি বেঞ্জোয়াস প্রথমতঃ কয়েক মাত্রা ৩—৫ গ্রেণ মাত্রায় দিতে হয়; অতঃপর ২ গ্রেণ মাত্রায় এক ঘণ্টান্তর ৩৪ বার দেওয়ার পর প্রতি ঘণ্টায় ১ গ্রেণ করিয়া কয়েক মাত্রা সেবন করিতে দিলেই যথেষ্ট হইবে।

আরও ত্বরিত ক্রিয়া প্রকাশের উদ্দেশ্যে কেহ কেহ এতৎসহ রোগীকে “ওয়েট প্যাক্” (Wet pack) দ্বারা শৈত্য প্রয়োগ এবং পাইলোক্যাপিণের অধঃস্থচিক্ ইলেক্ট্রোসন দিবার পরামর্শ দেন। এই সকল চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে রোগীকে লাবণিক বিরেকচ ঔষধ দিয়া রোগীর কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখা বিশেষ কর্তব্য হিমাঙ্গ অবস্থায় তন্নিবারণার্থ যথাযথ চিকিৎসা করা উচিত।

রোগীর গলাধঃকরণ ক্ষমতা না থাকিলে সোডিয়াম বেঞ্জোয়াস উষ্ণ জলে দ্রব করতঃ, সরলান্ত্র পথে প্রয়োগ করিলেও উপকার পাওয়া যায়। অন্যান্য পীড়ায়—বিশেষতঃ, “ফলিকিউলার টন্সিলাইটিস” রোগে রক্তমধ্যে “বিষাক্ত পদার্থ” সঞ্চয়জনিত “বিষ-মত্ততায়” (টক্সিমিয়া) সোডি বেঞ্জোয়াস উল্লিখিত মাত্রায় প্রয়োগ করিলে রক্তস্থ সঞ্চিত বিষ-পদার্থ মূত্রমার্গ দিয়া সত্ত্বর নিঃসৃত হইয়া গিয়া রোগীকে অনতিবিলম্বেই সুস্থ করিয়া তুলে।

(The Alkaloid clinic, 05.)



গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহ

Tuberculous Cervical Adenitis

লেখক—ডাঃ এ, কে, এম, আব্দুল ওয়াহেদ B. Sc. M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন কলিকাতা প্রেসিডেন্সি জেনারেল হস্পিটাল

এসিস্ট্যান্ট সার্জেন নেত্রকোনা হস্পিটাল

ময়মনসিংহ

—•):(*)O(*):(• —

আমাদের দেশের বালকবালিকা অথবা বয়স্ক ব্যক্তিদিগের কাহারও কখন গলদেশস্থ লিম্ফ গ্রন্থিমাল (Lymphatic glands) বর্দ্ধিতাবস্থা প্রাপ্ত হয় নাই, এক্ষণ দৃষ্টান্ত খুবই বিরল। অত্যাশ্চর্য্য দেশের জনসাধারণের মধ্যেও গলদেশের লিম্ফগ্রন্থি সমূহের বর্দ্ধিত অবস্থার অভাব নাই। কিন্তু অত্র দেশের চিকিৎসকগণ গলদেশে লিম্ফ গ্রন্থিমালার বর্দ্ধিতায়তন পরিদর্শন করিলে যে, উহা— যক্ষ্মাজনিত প্রদাহের ফলেই উৎপন্ন হইয়াছে, তাহা বলিয়া মনে করিতে যতদূর অভ্যস্ত এবং তদনুযায়ী চিকিৎসা করিতে যতদূর ব্যগ্র হন ; আমাদের দেশের চিকিৎসকগণ এখনও, বর্দ্ধিতাবস্থা প্রাপ্ত গলদেশের লিম্ফ গ্রন্থিমালা যে, যক্ষ্মাজনিত প্রদাহ হইতে উদ্ভূত হইতে পারে, তাহা সম্ভবপর বলিয়া এখনও চিন্তা করিতেও যেন নারাজ। অনেকে এই অবস্থাকে “স্কুফুলা” বলিয়া অবহিত করিয়া রোগনির্ণয় সম্পন্ন করেন। সত্য বটে এককালে এই অবস্থাকে “স্কুফুলা” বলা হইত ; কিন্তু অধুনা যদি কোন চিকিৎসক

যক্ষ্মাজনিত লিম্ফ গ্রন্থির প্রদাহকে টিউবারকিউলার গ্যাডিনাইটিস না বলিয়া, স্কুফুলা নামের আশ্রয় গ্রহণ করেন ; তাহা হইলে তাঁহার চিন্তাধারা যে রবার্ট ককের টিউবারকল ব্যাসিলি আবিষ্কারের সময় অপেক্ষাও প্রাচীনতর এবং জড়তা প্রাপ্ত, তাহার কোনই সন্দেহ নাই। অথবা তিনি তাঁহার রোগী ও রোগীর আত্মীয়বর্গের নিকট রোগের আসল প্রকৃতি ও গুরুত্ব সংগোপন রাখিবার চেষ্টা করিতেছেন এক্ষণও মনে হয়। প্রফেসর রবার্ট ককের টিউবারকল ব্যাসিলি আবিষ্কারের পূর্বে যক্ষ্মাজনিত প্রদাহযুক্ত বর্দ্ধিতায়তন গ্রন্থিমালাকে “স্কুফুলা” বলা হইত ; কিন্তু টিউবারকল ব্যাসিলি আবিষ্কারের পর হইতে উহাকে টিউবারকিউলার গ্যাডিনাইটিস বলা হইয়া থাকে।

দেহের বিভিন্ন স্থলের লিম্ফ-গ্রন্থিসমূহ যক্ষ্মা-জীবাণু দ্বারা আক্রান্ত হইয়া প্রদাহাধিত ও বর্দ্ধিতায়তন হইতে পারে। বর্তমান প্রবন্ধে কেবলমাত্র গলদেশের গ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহ সম্বন্ধেই আলোচনা করিব।

গলদেশের লিম্ফ গ্রন্থিমালা দীর্ঘকাল ব্যাপিয়া প্রদাহাগ্নিত ও বর্দ্ধিতাবস্থায় থাকিলে, পাশ্চাত্য চিকিৎসকগণ উহা হয়ত যক্ষ্মা হইতে উৎপন্ন হইয়াছে—এই কথা সর্ব প্রথমে মনে করিয়া থাকেন। কিন্তু ক্ষীণবীৰ্য্য ট্রেপ্টোকক্কাস; ষ্ট্র্যাকাইলোকক্কাস, ট্রেপ্টোথ্রিক্স প্রভৃতি রোগজীবাণু সংক্রমণের ফলে লিম্ফ গ্রন্থি সমূহের দীর্ঘস্থায়ী প্রদাহের সৃষ্টি হইতে পারে—ইহাও অধুনা বহু গবেষণা ও পরীক্ষার পর নিৰ্ণীত হইয়াছে। গলদেশের পুরাতন বর্দ্ধিতায়তন লিম্ফগ্রন্থিমালা লক্ষিত হইলে কি জন্ম গ্রন্থিগুলির আয়তন বৃদ্ধি হইল, তাহার কারণ অল্পসন্ধান করিবার নিমিত্ত সাধারণতঃ আমরা মাথা ধামাই না। আর যদি নিতান্তই উহাদের আকার বৃদ্ধির কারণাসন্ধানের কোতূহল জন্মে তাহা হইলে উহারা যে যক্ষ্মা-জীবাণুর আক্রমণের ফলে বড় হইয়া উঠিয়াছে, একথা আমাদের স্মরণপথে উদ্ভিত হয় না। কিন্তু তাহা না হইলেও, আমাদের দেশে যক্ষ্মাজনিত প্রদাহের ফলে গলদেশের লিম্ফ গ্রন্থিমালা বর্দ্ধিতাবস্থা প্রাপ্তির অপ্ৰাচুর্য্য নাই। আমাদের দেশে যক্ষ্মারোগ অতি দ্রুতগতিতে বিস্তৃতিলাভ করিতেছে; সুতরাং

টিউবারকিউলার গ্যাডিনাইটসেরও আধিক্য ঘটতেছে। সেইজন্ম গলদেশের গ্রন্থিমালা পুরাতন প্রদাহ দেখিতে পাইলে, উহা যক্ষ্মা-জীবাণুর আক্রমণের ফলে উৎপন্ন কি না এবং কি প্রকারে উহার চিকিৎসা করিতে হইবে, তদ্বিষয়ে অভিজ্ঞতা লাভ করা বর্তমানে প্রত্যেক চিকিৎসকেরই অতীব প্রয়োজন বিবেচিত হইতেছে।

আক্রমণ কালঃ—গলদেশের লিম্ফ গ্রন্থিমালা যক্ষ্মাজনিত প্রদাহ পাশ্চাত্য দেশে বালকবালিকাদিগের মধ্যেই সমধিক প্রাক্তুত হয় বলিয়া জানা যায়। আমাদের দেশে এই ব্যাধি বালকবালিকাদিগের মধ্যে এতদমূরূপ প্রাক্তুত হয় কি না ইহা নির্ণয় করা সুকঠিন। তবে আমাদের দেশে বহুস্থলে এই ব্যাধি প্রথম নৌবনে আবির্ভূত হইতে দেখা যায়। অর্থাৎ চৌদ্দ পনের হইতে কুড়ি বাইশ বৎসর বয়সের মধ্যে এই ব্যাধির আক্রমণ বহুস্থলে পরিদৃষ্ট হয়।

শরীর-তত্ত্ব (Anatomy)ঃ—এই ব্যাধির আলোচনায় অগ্রসর হইবার পূর্বে গলদেশের লিম্ফ-গ্রন্থিমালা * য়ানিটমী একটু মোটামুটি স্মরণ

* শরীরের যে সকল অংশে রক্ত-প্রণালী আছে, সেই সকল স্থানেই এক প্রকার নলী দৃষ্ট হয়, ইহাদিগকে লিম্ফ্যাটিক ভেসেল (Lymphatic vessels) বা লিম্ফ্যাটিক ক্যাপিলারি (Lymphatic capillaries) অর্থাৎ লিম্ফ-নলী বলে। স্ফাতি স্ফা ধমনী বা কৈশিক রক্ত-প্রণালীর ভিতর হইতে রক্তরস (প্লাজমা—Plasma) চোয়াইয়া উহা ক্যাপিলারি ধমনীর (কৈশিক রক্ত-প্রণালীর) চতুর্দিকস্থ টিস্যু (tissue) সমূহের পোষণ ক্রিয়া বিবাহ করে। যদি এই রক্তরস অধিক পরিমাণে চোয়াইয়া আসিয়া তত্ত্ব মধ্যে (টিস্যু) অধিক পরিমাণে সঞ্চিত এবং তাহা যদি টিস্যু সমূহের পরিপোষণে অনাবশ্যক হয়, তাহা হইলে উক্ত লিম্ফ্যাটিক নলীগুলি ঐ অতিরিক্ত ও অনাবশ্যকীয় রক্তরস পুনরায় রক্ত-প্রণালীর মধ্যে লইয়া যায়। শরীরস্থ টিস্যু সমূহের মধ্যে নানাবিধে কেন সদৃশ স্ফা স্ফা “লিম্ফ্যাটিক নলী” আছে, এই স্ফা নলীগুলিকে “লিম্ফ্যাটিক ক্যাপিলারি” বলে। এই স্ফা লিম্ফ্যাটিক নলীগুলি আবার পরস্পর মিলিত হইয়া ক্রমশঃ বৃহৎকারে পরিণত হইয়াছে। এই বড় নলীগুলিকে “লিম্ফ্যাটিক ভেসেল” বলে।

উল্লিখিত লিম্ফ-প্রণালীর মধ্যে মধ্যে এক প্রকার গ্রন্থি দৃষ্ট হয়। এই গ্রন্থিগুলিকে “লিম্ফ্যাটিক গ্যাংগ্লি” (Lymphatic glands) বলে। ইহার লিম্ফয়েড অর্থাৎ এক প্রকার গ্রন্থির ভালবৎ তত্ত্বতে (টিস্যু) নিৰ্ম্মিত। উপরে যে লিম্ফ্যাটিক নলীর কথা বলা হইয়াছে, ঐ নলীগুলির কার্যভেদে উহাদিগকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করা হইয়াছে। এক শ্রেণীর নলীকে “আফেরেন্ট লিম্ফ্যাটিক নলী” (Afferent) বলে। ইহার ইহাদের অভ্যন্তরস্থ পদার্থ লিম্ফ্যাটিক গ্রন্থির মধ্যে আনয়ন করে। আর এক শ্রেণীর লিম্ফ্যাটিক নলী আছে, তাহাদিগকে “এফেরেন্ট লিম্ফ্যাটিক নলী” (Efferent) লিম্ফ্যাটিক নলী” বলে। ইহার গ্রন্থিযথায় পদার্থ-বহির্গত করাইয়া দেয়।

রক্ত-প্রণালী হইতে যে অতিরিক্ত ও অনাবশ্যকীয় রক্তরস প্লাজমা চতুর্দিকস্থ টিস্যুযথায় সঞ্চিত হয়, তাহা উল্লিখিত আফেরেন্ট লিম্ফ্যাটিক নলী দ্বারা লিম্ফ্যাটিক গ্রন্থিযথায় প্রবেষ্ট হয় এবং একাধিক লিম্ফ্যাটিক নলী দ্বারা উহা পুনরায় বহির্গত হইয়া রক্ত-প্রণালীর মধ্যে প্রবেশ করে। লিম্ফ্যাটিক নলী ও লিম্ফ্যাটিক গ্যাংগ্লি মধ্যে রক্তরস

ফোটকের পূজ বাহির করিয়া দেয় সেই সুড়ঙ্গ বা প্রণালী সাধারণতঃ কয়েক বর্ষ কাল বিদ্যমান থাকিতে পারে। এই সুড়ঙ্গের ভিতর দিয়া, বাহির হইতে বিভিন্ন প্রকার পুঞ্জোৎপাদক জীবাণু দেহের মধ্যে প্রবেশ লাভ করিলে, রোগীর স্বাস্থ্যের বিশেষ হানী হয় ও রোগ বৃদ্ধি ঘটে। কখনও কখনও সুড়ঙ্গ শুখাইয়া গেলে চর্মের তলদেশ হইতে নিম্ন (depressed) অথবা উচ্চ কলোয়েডের গ্রায় (koloid) বা স্কার (Scar) রহিয়া যায়।

কারণ-তত্ত্ব (Aetiology) :—ইউরোপে এই ব্যাধি বেশীর ভাগ দরিদ্র বালকবালিকাদিগের মধ্যেই দেখিতে পাওয়া যায়। উপযুক্ত আহার ও বিপুল বায়ুর অভাবেই ইহারা এই ব্যাধিতে আক্রান্ত হইবার উপযোগী হইয়া উঠে। নাসিকা ও গলদেশের অভ্যন্তরস্থ শ্লেষ্মিক ঝিল্লীর প্রদাহে, টনসিল ও গ্যাডিনয়েড গ্রন্থির বিবর্দ্ধমান অবস্থা, মস্তকের চর্মে বা, পাঁচড়া বা একজিমা অথবা কাণে পূজ থাকিলে, গলদেশের লিম্ফগ্রন্থি মালার বন্মাজনিত প্রদাহের সূত্রপাতের সুযোগ ও সুবিধা ঘটে। অক্ষত শ্লেষ্মিক ঝিল্লী ভেদ করিয়া বন্মাজীবাণু গলদেশের লিম্ফগ্রন্থি মালায় পৌছিতে পারে; কিন্তু সাধারণতঃ এই গ্রন্থিগুলি, বর্দ্ধিতায়তন অস্বাস্থ্যকর টনসিল; গ্যাডিনয়েডস; পোকায় খাওয়া দন্ত (কারিয়াস টীথ—Carious teeth); খোস, পাচড়া উকুন, একজিমা প্রভৃতির নিমিত্ত মস্তকের অস্বাস্থ্যকর চর্ম এবং মুখ, কণ, চক্ষু, নাসিকা ইত্যাদির রোগের নিমিত্ত পূর্ব হইতে উত্তেজিত ও পীড়িত হইয়া থাকায়, উহারা সহজেই বন্মাজীবাণুর কবলে নিপতিত হয়।

পোকায় খাওয়া দাঁতের গর্তের মধ্যে এবং বর্দ্ধিতায়তন টনসিল ও গ্যাডিনয়েডসের মধ্যে বন্মাজীবাণু দেখা গেলেও, এইগুলিতে বন্মাপ্রদাহের কোন চিহ্ন না দেখা বাইতে পারে; কিন্তু গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিগুলি বন্মাজীবাণু দ্বারা আক্রান্ত ও প্রদাহাঘাত হইয়া থাকে। হামজর ও স্কালাট ফিবারে (আরক্তিম জ্বর) আক্রমণের ফলে গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিসমূহ বন্মাজীবাণু দ্বারা আক্রান্ত হইতে পারে।

চক্ষু, নাসিকা, জিহ্বা, ফারিংস প্রভৃতিতে বন্মাজনিত ক্ষত বিদ্যমান থাকিলে গলদেশের গ্রন্থিমালার বন্মাজনিত প্রদাহের উৎপত্তি হইতে পারে।

লক্ষণাবলী (Symptoms) :—গলদেশের গ্রন্থিমালার বন্মাজনিত প্রদাহ সাধারণতঃ অতি ধীরে ধীরে আরম্ভ হয়। রোগী বা তাহার পিতামাতার দৃষ্টি আকর্ষণ না করিয়াও গলদেশের লিম্ফ গ্রন্থিমালার বহু বর্ষ ধরিয়া বর্দ্ধিতাবস্থায় বিদ্যমান থাকিতে পারে। গ্রন্থিমালার আকার বৃদ্ধি সহজে দৃষ্টিপথে পতিত না হইলেও, স্পর্শ (palpation) দ্বারা সহজে উহা অনুভূত হয়। কিন্তু কেবলমাত্র অনুভব দ্বারা এই বিবর্দ্ধমান গ্রন্থি যে বন্মাজনিত প্রদাহের ফলে উৎপন্ন হইয়াছে কি না, তাহা নিশ্চিতভাবে বলা যায় না। সাধারণ প্রদাহের ফলে অর্থাৎ সাধারণ রোগজীবাণুর আক্রমণজনিত উত্তেজনার ফলেও লিম্ফ গ্রন্থিসমূহ বর্দ্ধিতায়তন হইয়া থাকে। এইজন্য দাঁতে পোকা লাগিলে, মস্তকের চর্মে একজিমা হইলে, নাসিকা বা মুখের শ্লেষ্মিক ঝিল্লীর প্রদাহ হইলে, কাণে পূজ হইলে, গলদেশের লিম্ফ গ্রন্থিমালার বড় হইয়া থাকে। কিন্তু এই শ্রেণীর প্রদাহের কেন্দ্র বিনষ্ট করিলে অর্থাৎ উন্মিথিত স্থানের পীড়ার প্রতিকার করিলে বর্দ্ধিতাবস্থা প্রাপ্ত লিম্ফ গ্রন্থি পুনরায় ক্ষুদ্র হইয়া পড়ে; কিন্তু প্রদাহের কেন্দ্র অপসারিত করা সবেও বর্দ্ধিতায়তন লিম্ফ গ্রন্থি পুনর্বার ক্ষুদ্রাকার না হইয়া উহা ক্রমাগত আরও বিবর্দ্ধিত হইতে থাকিলে অথবা পূজে পরিপূর্ণ হইয়া গেলে, ঐ গ্রন্থিগুলি বন্মাজীবাণু দ্বারা আক্রান্ত, এইরূপ মনে করিতে হইবে।

এই সময়ে রোগীর দেহে বিশেষ কোন রোগলক্ষণ প্রকাশ পায় না। গ্রন্থিগুলি পরস্পর হইতে পৃথক (discrete), গোলাকার ও মসৃণ এবং বিবর্দ্ধমান থাকে; কিন্তু উহাতে কোন যন্ত্রণার উদ্বেক হয় না এবং ঐগুলি টিপিলে বেদনাও অনুভূত হয় না। কালক্রমে গ্রন্থিমালার পূজে পরিপূর্ণ হইয়া থাকিয়া উঠিতে থাকে। এই সময়ে এই প্রদাহিত গ্রন্থিগুলির সন্নিহিত গ্রন্থিগুলি পরস্পরের

সহিত সংশ্লিষ্ট হইয়া যায় এবং গ্রন্থি আবরক স্তরও (ক্যাপসুল) পূরু ও প্রদাহাঘিত হইয়া উঠে বলিয়া গ্রন্থিপ্রদেশের উপরস্থ চর্মের সঞ্চারণশীলতার লাঘব ঘটে। এই সময়ে রোগীর জ্বর হয়। গ্রন্থিমাল পূজে পরিপূর্ণ হইলে রোগীকে সাধারণতঃ রক্তহীন ও ফ্যাকাশে হইতে দেখা যায়। এই সময়ে গলদেশে বেদনা ও তন্নিমিত্ত পেণীতে দৃঢ়তা অনুভূত হয়।

গ্রন্থির অভ্যন্তরস্থ পূজ ফাটিয়া গ্রন্থির বাহিরে আসিয়া ফোটকের সৃষ্টি এবং ঐ ফোটক ক্রমশঃ চর্মভেদ করিয়া বাহিরে আসিবার চেষ্টা করে। ফোটক চর্মভেদ করিয়া বাহির হইলে বহিস্থ রোগজীবাণু (Secondary pyogenic organisms) উহার মধ্যে প্রবেশ করে বলিয়া রোগীর রোগ-লক্ষণ সমূহ বৃদ্ধি পাইয়া থাকে। এরূপ স্থলে রোগীর দেহের উত্তাপাধিক্য ঘটে, আহারে রুচি থাকে না এবং দেহ ক্লান্ত হইতে থাকে। পূজ পরিপূর্ণ লিম্ফগ্রন্থি ফাটিয়া বাইবার ফলে চর্মের নিম্নে ফোটকের উদ্ভব হয়, ইহা পূর্বেই উল্লিখিত হইয়াছে। এই ফোটক কিন্তু সাধারণ ফোটকের ন্যায় নহে। এই ফোটকের তলদেশ পরীক্ষা করিলে তথায় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ছিদ্র পরিদৃষ্ট হয় এবং এই ছিদ্র দ্বারা ফোটকগহ্বর গভীরতর ফ্যাসার (deep fascia) তলদেশস্থ কোন ক্ষয়প্রাপ্ত লিম্ফগ্রন্থির সহিত সংযুক্ত থাকে।

লিম্ফগ্রন্থির যক্ষ্মাজনিত প্রদাহ সাধারণতঃ দীর্ঘস্থায়ী হয় এবং অতি ধীরে ধীরে বৃদ্ধি পায়। কখনও কখনও ইহা আবার এরূপ দ্রুতগতিতে অগ্রসর হয় যে, দেখিলে মনে হয়—রোগী যেন লিম্ফ গ্রন্থির তরুণ প্রদাহে আক্রান্ত হইয়াছে। কিন্তু এরূপ ক্ষেত্রে পুষ্টিমূল্যবান পুষ্টি আহরণ করিলে লিম্ফগ্রন্থি যে পূর্ণ হইতেই বর্দ্ধিতায়তন ছিল, এরূপ সংবাদ পাওয়া যায়।

মিষ্টাচলিক রোগনির্ণয় (Differential diagnosis) : পুরাতন প্রদাহযুক্ত লিম্ফগ্রন্থি পূজে পরিপূর্ণ হইয়া ফাটিয়া গিয়া ফোটকে পরিণত হইলে, উক্ত প্রদাহ সাধারণতঃ যক্ষ্মা হইতে উদ্ভূত বলিয়া মনে করা হয়।

কিন্তু পূজ উৎপন্ন হইবার পূর্বে যক্ষ্মাজনিত বর্দ্ধিতায়তন গ্রন্থিমালার সহিত নিম্নলিখিত ব্যাধিসমূহের নিম্নাচলিক রোগ নির্ণয় আবশ্যক। যথা—

(১) গলদেশের গ্রন্থিমালার সাধারণ প্রদাহ (*Common Inflammation on the Cervical glands*) :—গলদেশের লিম্ফ গ্রন্থি সমূহের সাধারণ প্রদাহের কেন্দ্র উৎপাটিত করিলে বর্দ্ধিতাবস্থা প্রাপ্ত গ্রন্থিসমূহ পুনরীকার ধীরে ধীরে ক্ষুদ্র হইতে থাকে এবং পরিশেষে অদৃশ্যও হয়। ইহরূপ প্রদাহে টিউবারকিউলাস টেষ্ট (Tuberculous test) দ্বারাও যক্ষ্মাজনিত গ্রন্থিমালার প্রদাহ নির্ণয় সম্ভবপর হয় না, কারণ দেহের অন্য কোন অংশ টিউবারকিউলোসিসে আক্রান্ত থাকিতে পারে বলিয়া এই পরীক্ষার ফল নির্ভুল হয় না।

(২) হজ্‌কিনস ডিজিজ (*Hodgkin's diseases*) :—ইহাতে গ্রন্থিমাল বর্দ্ধিতায়তন হইয়াও পরস্পর হইতে পৃথক এবং ইহাদের উপরস্থ চর্ম সঞ্চারণশীল থাকে। গ্রন্থিগুলি দৃঢ় এবং বেদনাবিহীন অবস্থায় থাকে এবং ঐগুলি কখনও পাকে না।

(৩) লিম্ফো-সার্কোমা (*Lympho-Sarcoma*) :—ইহাতে গ্রন্থিমাল অত্যন্ত দৃঢ় ও দ্রুতগতিতে বর্দ্ধিতাবস্থা প্রাপ্ত হয় এবং অল্পকালের মধ্যে গ্রন্থিগুলি পারিপার্শ্বিক টিসু সমূহের সহিত সংশ্লিষ্ট হইয়া যায়। দেহের অন্তর্গত গ্রন্থিগুলিও শীঘ্রই বর্দ্ধিতায়তন হইয়া উঠে। হজ্‌কিনস ডিজিজ ও লিম্ফোসার্কোমার প্রকৃতি মণ্ডিক নির্ণয় করিতে হইলে গ্রন্থির টুকরা কাটিয়া লইয়া আনুবীক্ষণিক পরীক্ষা করা কর্তব্য।

ভাবীফল (Prognosis) :—গলদেশের গ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহ ধীরে ধীরে আরম্ভ ও বৃদ্ধি প্রাপ্ত হইতে থাকে। গ্রন্থিগুলি পূজে পরিপূর্ণ হওয়া স্বাভাবিক হইলেও, অনেকস্থলে এরূপ অবস্থাপন্ন গ্রন্থিও আরোগ্য হয় এবং উহাদের মধ্যস্থ পূজ শুদ্ধ হইয়া যায়। যক্ষ্মাজনিত প্রদাহাঘিত গ্রন্থিসমূহ

আরোগ্য না হইয়া দেহের মধ্যে বিস্তারিত থাকিলে উহা রোগীর পক্ষে মঙ্গলজনক হয় না; কারণ, উহা হইতে পরিণামে ফুসফুস বা দেহের অন্যান্য অংশে বন্মাক্রান্ত হইতে পারে। বাল্যকালে বন্মাক্রান্ত গ্রন্থিমালার প্রদাহ ঘটয়া উহা আরোগ্য হইলে, যৌবনকালে বা তৎপরে বন্মার আক্রমণ ঘটে না, এইরূপ আর একটা মতও প্রচলিত আছে। গলদেশের গ্রন্থিমালার বন্মাক্রান্ত প্রদাহের ফলে রোগীকে মৃত্যুমুখে পতিত হইতে দেখা যায় না। অনেক স্থলে গলদেশের গ্রন্থিমালার বন্মাক্রান্ত প্রদাহ নিম্নদিকে প্রসার লাভ করার নিমিত্ত টিউবারকিউলোস প্রুরিসি বা প্যামোন্যারী টিউবারকিউলোসিস উপস্থিত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা (Treatment) :—এই ব্যাধির চিকিৎসা দুই প্রকারে সম্পন্ন করা যাইতে পারে; যথা—

(১) ঔষধীয় চিকিৎসা (Medicinal treatment);

(২) অস্ত্রচিকিৎসা (Surgical treatment);

কখন কখনও বন্মাক্রান্ত প্রদাহাবিত—এমন কি, পূর্বে পরিপূর্ণ লিম্ফ গ্রন্থি আপনা হইতে সারিয়া উঠে, একথা পূর্বে উল্লিখিত হইয়াছে। ঔষধ, পথ্য, সূর্য্যরশ্মি ও বিগুহ বায়ুর সাহায্যে এই ব্যাধি নিরাময়ের বহু সহায়তা হইয়া থাকে। কোন কোন স্থলে আবার এই সমস্ত করা সত্ত্বেও রোগের সম্পূর্ণ আরোগ্যলাভ ঘটে না। এইরূপ স্থলেই অস্ত্রচিকিৎসার আবশ্যক হইয়া পড়ে। পাশ্চাত্যদেশে অস্ত্রচিকিৎসার উৎকর্ষতা হেতু অধুনা এই ব্যাধির চিকিৎসার নিমিত্ত উহাই শ্রেষ্ঠতর পন্থা বলিয়া বিবেচিত হয় এবং উক্ত চিকিৎসার স্বপক্ষে বহু সুস্বীকৃতিও প্রয়োগ করা হইয়া থাকে। কিন্তু তথাপি ঔষধীয় চিকিৎসাকে অবহেলা করা বা একেবারে অকর্মণ্য বলিয়া পরিত্যাগ করিবার সময় এখনও আসে নাই। ঐ সমস্ত দেশে বিস্তৃত অস্ত্রোপচারের উদ্ভোগ করিবার পূর্বে ঔষধীয় চিকিৎসা প্রয়োগের সুযোগ দেখিয়া হইয়া থাকে এবং অস্ত্রোপচারের সময়ে এবং উহার পরেও রোগীকে ঔষধীয় চিকিৎসা অবলম্বনের জন্য উপদেশ

দেওয়া হয়। আমাদের দেশের লোকেরা অস্ত্রোপচারের নামে এখনও অধিকাংশ স্থলে শঙ্কিত হইয়া উঠেন এবং উহা করাইতে স্বীকৃত হন না। সুতরাং আমাদের পক্ষে ঔষধীয় চিকিৎসার উপর অনেকটা নির্ভর করিতে হয়। এই কারণেই উভয় চিকিৎসা-পদ্ধতি ও উহাদের দোষগুণ বিচার করা কর্তব্য।

(১) ঔষধীয় চিকিৎসা—

(ক) আবহাওয়া :—এই ব্যাধিতে আক্রান্ত রোগীর পল্লীগ্রামে বসবাস করাই উচিত। যদি সম্ভব হয়, তবে পার্বত্য প্রদেশে বাস করা আরও উৎকৃষ্ট। সমুদ্রের তীরে রোগীর বাসস্থানের ব্যবস্থা করিতে পারিলে সর্বাঙ্গীণে সুফলদায়ক হয়।

যে স্থানের বাতাস শুষ্ক ও উষ্ণ এবং যেখানে প্রচুর রৌদ্র পাওয়া যায় সেইস্থানই এই শ্রেণীর রোগীর বসবাসের পক্ষে উপকারী। যেস্থানের বায়ু আর্দ্র, যেখানে অধিক কুয়াশা হয় এবং অধিক ঠাণ্ডা পড়ে সেই স্থান এই রোগীর পক্ষে পরিত্যজ্য।

রোগী যাহাতে সর্বদা প্রচুর পরিমাণে বিশুদ্ধ শুষ্ক ও উষ্ণ বায়ু সেবন করিতে পারে তাহার উপদেশ দেওয়া ও ব্যবস্থা করা উচিত।

(খ) সূর্য্যরশ্মি :—সূর্য্যালোকের মধ্যে আণ্ট্রাভায়োলেট রে (Ultraviolet ray) নামক এক প্রকার শক্তিশালী রশ্মি আছে। উক্ত রশ্মি বন্মাক্রান্ত প্রদাহাবিত গ্রন্থিমালার উপর প্রত্যহ নির্দিষ্ট মাত্রায় নিক্ষিপ্ত হইলে রোগের যথেষ্ট উপকার হয়। রোগী তাহার সমগ্র দেহ বা গলদেশের আক্রান্তস্থল প্রত্যহ খানিকক্ষণ করিয়া রৌদ্রের আলোকে উন্মুক্ত রাখিলেই এই রশ্মিপ্রয়োগের সুফল লাভ করিতে পারে। বিলাত প্রভৃতি পাশ্চাত্য দেশে সূর্য্যের মুখ দেখা ভাগ্যের কথা; সেইজন্য সেখানকার চিকিৎসকগণ আর্কল্যাম্প (Arc-lamp) নামক এক প্রকার আলোকের সাহায্যে কৃত্রিম উপায়ে এই রশ্মি উৎপন্ন করিয়া তাহা রোগীর দেহের বন্মাক্রান্ত স্থলে প্রয়োগ

করিয়া বিশেষ উপকার পাইয়া থাকেন। আমাদের দেশে সর্বত্রই ভগবান প্রস্তুত স্বর্য়ালোক সম্বৎসরকাল প্রচুর পরিমাণে পাওয়া যায়। কাঁচের দরজা জানালার ভিতর দিয়া স্বর্য়রশ্মি ঘরের ভিতর প্রবেশ করিলে, এবং সেই স্বর্য়ালোক সেবন করিলে কোনই ফল হইবে না; কারণ ফিল্টার পেপার দ্বারা অদ্রবণীয় পদার্থকে দ্রবণীয় পদার্থ হইতে যেরূপ ছাঁকিয়া ফেলা যায় তেমনি সাধারণ কাঁচের ভিতর দিয়া আল্ট্রাভায়োলেট রশ্মি অতিক্রম করিতে পারে না বলিয়া, উহা কাঁচের দরজা জানালা ভেদ করিয়া ঘরের মধ্যে প্রবেশ করিতে পারে না। সাধারণ কাঁচের এই অসুবিধা দূরীকরণার্থ পাশ্চাত্য দেশে “ভিটাম্লাস” (Vita glass) নামক এক প্রকার কাঁচের আবিষ্কার হইয়াছে; উহার ভিতর দিয়া আল্ট্রাভায়োলেট রশ্মি অতিক্রম করিতে পারে। অধুনা জার্মান দেশের অধিকাংশ লোকের বাড়ীর দরজা জানালায় ভিটাম্লাস ব্যবহৃত হইতেছে। বিলাতের যক্ষ্মারোগীর হাস্পাতাল সমূহের দরজা জানালা এবং ছাদে ভিটাম্লাস ব্যবহৃত হইতেছে।

আল্ট্রাভায়োলেট রে প্রয়োগকে স্বর্য়াকিরণ চিকিৎসা বা হেলিওথেরাপী (Heliotherapy) বা অ্যাক্টিনোথেরাপী (Actinotherapy) বলে। এই রশ্মি প্রয়োগ দ্বারা রোগীর উপকার হইতে থাকিলে তাহার অর বন্ধ হইবে, দেহের ওজন ও দেহে রক্তের মাত্রা বাড়িবে এবং চর্মের ও কিঞ্চিৎ দাগ (Pigmentation) পড়িবে। চর্মের বর্ণ পরিবর্তন না ঘটিলে নিম্নস্থ লিম্ফগ্রন্থিতে যক্ষ্মাজীবাণু সতেজ আছে বলিয়া মনে করা হয়।

(গ) বিশ্রাম :- যক্ষ্মাজনিত গলদেশের প্রদাহযুক্ত লিম্ফগ্রন্থিমাল পাকিয়া উঠিবার ফলে অথবা ফাটিয়া গিয়া ফোটক উদ্ভব হইলে, যখন রোগীর অর হইতে থাকে, তখন তাহার শয্যার আশ্রয় গ্রহণ করা উচিত। যক্ষ্মাজীবাণুজ বিষক্রিয়ার (Tubercular toximia) নিমিত্ত যে অর হয়, উহা ঔষধে দমিত হয় না কিন্তু সম্পূর্ণ বিশ্রাম দ্বারা বন্ধ হইতে পারে, ইহা সর্বদা স্মরণ রাখা কর্তব্য। এজন্ড অস্বাস্থ্য বা দৌর্বল্য অসহ্য না করা সত্ত্বেও অর থাকিলে

অথবা প্রত্যহ অর হইলে রোগীকে শয্যাশায়ী রাখা অবশ্য কর্তব্য।

(ঘ) পথ্য :- খাদ্যদ্রব্য জীর্ণ করিবার শক্তির হ্রাস না ঘটিলে রোগীকে প্রচুর পরিমাণে পুষ্টিকর পথ্য দিতে হইবে। এতন্নিমিত্ত, দুগ্ধ, ঘি, মাখন, ছানা, ডিম্ব, মাছ, ডাইল, মাংস ইত্যাদি পথ্য রোগীকে প্রচুর পরিমাণে খাটতে দেওয়া উচিত।

(ঙ) আভ্যন্তরিক প্রযোজ্য ঔষধ (Internal medication) :- গলদেশের লিম্ফগ্রন্থি সমূহের যক্ষ্মাজনিত প্রদাহে নিম্নলিখিত ঔষধগুলি ব্যবহৃত হয়। যথা—

(i) আয়োডিন (Iodine) :- লিম্ফগ্রন্থির উপর আয়োডিনের বিশেষ ক্রিয়া আছে। এই কারণে এই পীড়ায় ইহা উপযোগিতার সহিত আভ্যন্তরিক ও ইঞ্জেকসন রূপে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। আভ্যন্তরিক প্রয়োগার্থ আদং আয়োডিন (raw Iodine) প্রায় ব্যবহৃত হয় না। ইহার পরিবর্তে আয়োডিনঘটিত অনেক প্রয়োগরূপ প্রয়োগ করা হয়। এতদর্থে ট্রা আয়োডিন মিটিস (Tr. Iodine-mitis— ইহার ১ মিনিমে ১/৪৪ গ্রেণ আয়োডিন থাকে) ২—৫ মিনিম মাত্রায় ১ আউন্স জল সহ প্রযোজ্য। সিরাপ আয়োডো ট্যানিকাস (Syrup Iodo-Tannicus) নামক আয়োডিনের অল্পতম প্রয়োগরূপটি এই পীড়ায় বিশেষতঃ শিশুদিগের পীড়ায় বিশেষ উপযোগী। ইহাতে আয়োডিন ২ভাগ, ট্যানিক এসিড ২ভাগ, গ্লিসারিন ২০ভাগ, জল ৩০ভাগ এবং সিরাপ ৪৬ ভাগ আছে। পূর্ণবয়স্কদিগকে ইহা ১/২—২ ড্রাম মাত্রায় জল সহ সেবনার্থ বিধেয়।

ইঞ্জেকসনার্থ নিম্নলিখিত রূপে আয়োডিন প্রযোজ্য—

Re.

আয়োডিন	...	২৪ গ্রেণ।
পটাশ আয়োডাইড	...	৩৬ গ্রেণ।
ডিষ্টিল্ড ওয়াটার		১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১ সি, সি, মাত্রায় সপ্তাহে একবার করিয়া ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য।

প্রত্যেক ইঞ্জেকসনে ১/২ সি, সি, পরিমাণ মাত্রা বৃদ্ধি করিয়া ৫ সি, সি পর্যন্ত মাত্রায় প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(ii) লৌহঘটিত ঔষধ (Iron salts) :—
যক্ষ্মাজীবাণুর আক্রমণজনিত রক্তাক্ততায় লৌহঘটিত ঔষধে বিশেষ ফল পাওয়া যায়। আর্সেনিকসহ ব্যবহার করিলে রক্তহীনতা ও দুর্বলতায় ইহা সফলদায়ক হইয়া থাকে।

(iii) আর্সেনিক (Arsenic) :—
লৌহঘটিত ঔষধের ত্রায় ইহা এই রোগে উপকারক। এতদ্ব্যতীত আয়রণ সংযুক্ত আর্সেনিকের প্রয়োগরূপ—ফেরি আর্সেনাস (Ferri arsenas) ১/১৬—১/৪ গ্রেণ মাত্রায় সেবন করিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

আর্সেনিক—ফাউলার' সলিউশনরূপে ক্রমবর্দ্ধিযুক্ত মাত্রায় ব্যবহার্য। ইহা ক্রমাগত ব্যবহার করিবার নিমিত্ত কোন কুলক্ষণ বা অসহনশীলতার লক্ষণ প্রকাশ পাইলে ত্যাগ করা উচিত।

(iv) সিরাপ ফেরি আয়োডাইড (Syrup Ferri Iodide) :—গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহের চিকিৎসার্থে সিরাপ ফেরি আয়োডাইড বহুদিন হইতে বিশেষ সফলতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে। অল্পবয়স্ক বালকবালিকাদিগের জন্য ইহা ১০ হইতে ২০ ফোঁটা মাত্রায় এবং বয়স্কদিগের নিমিত্ত আধ হইতে এক ড্রাম মাত্রায় ব্যবহৃত হয়। শুধু এই ঔষধ ব্যবহার করা অপেক্ষা কডলিভার অয়েলের সহিত মিশ্রিত করিয়া ব্যবহার করিলে অধিকতর সফল পাওয়া যায়।

(v) ক্যালশিয়াম (Calcium) :—
যক্ষ্মাজনিত প্রদাহের পরিণামে ক্যালসিফিকেশন (Calcification) অর্থাৎ দেহে ক্যালশিয়াম সঞ্চয়। এই নিমিত্ত এই ব্যাধির চিকিৎসার্থে রোগীকে ক্যালসিয়াম সেবন অথবা ইঞ্জেকসনরূপে প্রয়োগ করা বাইতে পারে। এতদ্ব্যতীত ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড বা ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট মিক্চাররূপে এবং কোলয়ড্যাল ক্যালশিয়াম মুখপথে সেব্য। ক্যালশিয়াম ক্লোরাইড এর শতকরা ১০ ভাগ

শক্তিবিশিষ্ট দ্রব শিরাপথে ৫ হইতে ১০ সি, সি, মাত্রায় ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য।

(vi) কডলিভার অয়েল (Codliver oil) :—
কডলিভার অয়েল যক্ষ্মাজনিত ব্যাধিতে বহুকাল হইতে উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে। ইহার ব্যবহার সম্বন্ধে দু'একটি কথা মনে রাখা আবশ্যক। গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহযুক্ত রোগীদের মধ্যে কেহ কেহ যথেষ্ট পরিমাণে কডলিভার অয়েল গ্রহণ ও হজম করিতে পারে; ইহা গ্রহণের ফলে তাহাদিগের পেটের অস্বস্তি বা অত্র কোন প্রকার অস্বস্তি প্রকাশ পায় না। সাধারণতঃ আমরা এক বা দুই চায়ের চামচ (১—২ ড্রাম) মাত্রায় কডলিভার অয়েল ব্যবহারের ব্যবস্থা দিয়া থাকি। কিন্তু এই ব্যাধিতে উক্ত মাত্রা হইতে আরম্ভ করিয়া ক্রমশঃ চার, ছয়, আট ড্রাম মাত্রায় কডলিভার সহজে অর্থাৎ শারীরিক অত্র কোন গোলযোগ না ঘটাইয়া সেবন করাইতে পারিলে যক্ষ্মাজনিত প্রদাহযুক্ত লিম্ফগ্রন্থিসমূহ অতি দ্রুতগতিতে অনুশ্রু হয় এবং উহাদের মধ্যে পুষ্কের সঞ্চয় হইলেও তাহা শীঘ্র শুকাইয়া যায়। শীতকালে, সমুদ্রতীরে, এবং জরবিহীন অবস্থায় ক্রমবর্দ্ধনশীল মাত্রায় কডলিভার অয়েল প্রয়োগ করিবার বিশেষ সুবিধা হয়। কোন কোন রোগী আবার কডলিভার সহ্য করিতে পারে না। উহা সেবন করিলে তাহাদের ক্ষুধাহীনী, পেটের অস্বস্তি প্রভৃতি প্রকাশ পাইয়া থাকে। এরূপস্থলে কডলিভার অয়েলের মাত্রা বৃদ্ধি করিলে রোগীর অধিকতর অনিষ্ট হইয়া থাকে। এরূপ ক্ষেত্রে কডলিভার অয়েল ব্যবহার দ্বারা যক্ষ্মাঘটিত লিম্ফগ্রন্থিসমূহের প্রদাহের উপকারের সমধিক আশা করা যায় না। কোন ব্যক্তি হঠাৎ কডলিভার অয়েল গ্রহণ করিতে উত্তম হইলে হয়ত প্রথম প্রথম তাহার পেটের অস্বস্তি, বমনেচ্ছা ইত্যাদির উদ্বেগ হইতে পারে; কিন্তু ক্রমশঃ সহিয়া গেলে উহা গ্রহণ করিবার ফলে আর কোন উপদ্রব হয় না। সুতরাং কডলিভার অয়েল সহ্য হইল না—এরূপ সিদ্ধান্ত করিবার পূর্বে, রোগীকে উহা ব্যবহার করিবার কতকটা সুযোগ দেওয়া আবশ্যক। গলদেশের

লিম্ফগ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহের চিকিৎসার্থে কডলিভার অয়েল ব্যবহার কালে রোগী উহা সহ্য করিতে পারে কিনা, তাহা সর্বাগ্রে পরীক্ষা করিয়া দেখা উচিত। যদি রোগী উহা নিরাপদে ব্যবহার করিতে পারে, তবে উহার মাত্রা ক্রমশঃ বাড়ান উচিত। পূর্বে আদত কডলিভার অয়েলই (raw codliver oil) ইমালশনরূপে সমধিক প্রচলিত ছিল; অধুনা নানা প্রকারের মল্টসংযুক্ত ও বিভিন্ন প্রকারের ঔষধ সংমিশ্রিত সুস্বাদু কডলিভার অয়েল পাওয়া যায়, এইগুলি গলাধঃকরণ করাও সহজ ও হজম করাও কষ্টকর নহে। এই ঔষধগুলি এরূপ মাত্রায় ব্যবহার করিতে হইবে—যেন তাহাদের যে কোন প্রয়োগরূপের প্রতি মাত্রায় দুই হইতে আট ড্রাম আদত কডলিভার অয়েল থাকে।

(vii) টিউবারকিউলিন (Tuberculin) :—

লিম্ফগ্রন্থির যক্ষ্মাজনিত প্রদাহে টিউবারকিউলিন যতদূর উপকারী এবং নির্ভয়ে ব্যবহার করা যায়, পাল্মোনারী টিউবারকিউলোসিস বা অগ্নাত্ত প্রকার টিউবারকিউলোসিসে ইহা ততদূর উপকারী ও নির্ভয়ে প্রযোজ্য নহে। যক্ষ্মারোগে টিউবারকিউলিন প্রয়োগ সাধারণ চিকিৎসকের কার্য্য নহে; উহা বিশেষজ্ঞের কৰ্ম্ম। যিনি বহুদিন ধরিয়া বহু রোগীতে টিউবারকিউলিন ব্যবহার করিতে অভ্যস্ত, কোন্ জাতীয় টিউবারকিউলিন, কি মাত্রায় এবং কতদিন অন্তর প্রয়োগ করিতে হইবে, এই বিষয় তাঁহারই হস্তে ছাড়িয়া দেওয়া ভাল। স্মরণ্য এ বিষয়ের বিশেষ আলোচনা করা কৰ্ত্তব্য বিবেচনা করিলাম না। তবে মোটামুটি স্বল্পবয়স্কের জন্য ১/১০০০০০০ মিলিগ্রাম হইতে এবং বয়স্ক ব্যক্তির জন্য ১/১০০০০০ মিলিগ্রাম হইতে টিউবারকিউলিন ইঞ্জেকসন আরম্ভ করা উচিত। ইহা অধঃস্থচিক ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য এবং প্রতি ২শ দিন বা পনের দিন অন্তর একটা করিয়া ইঞ্জেকসন দেওয়া উচিত। যক্ষ্মাজীবাণু জনিত প্রদাহের সঙ্গে সঙ্গে পূজোৎপাদক জীবাণুপ্রদাহ বিদ্যমান থাকিলে টিউবারকিউলিন ইঞ্জেকসন প্রয়োগ করা উচিত নহে। টিউবারকিউলিন দ্বারা চিকিৎসা হইতেছে বলিয়া ঔষধীয় চিকিৎসা অবহেলা করা

উচিত নহে এবং আবশ্যক হইলে অস্ত্রচিকিৎসার আশ্রয় গ্রহণ করিতেও দ্বিধা বোধ করা উচিত নহে।

(viii) স্থানিক চিকিৎসা (Local Treatment) :—যন্তকের চর্ম্ম, নাসিকা, মুখ, কর্ণ, চক্ষু ও গলদেশের অভ্যন্তরভাগ প্রভৃতিতে প্রদাহের কেন্দ্র থাকিলে গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিমালার বর্দ্ধিতায়তন হইয়া থাকে। এইরূপ বর্দ্ধিতায়তন লিম্ফগ্রন্থিই পরিণামে যক্ষ্মা জীবাণুর লীলাক্ষেত্র হইয়া দাঁড়ায়। এই জন্ত গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহের চিকিৎসার্থে, উপরোক্ত স্থান সমূহে প্রদাহের কেন্দ্র বিদ্যমান থাকিলে, তাহা উৎপাটন করা আবশ্যক; তাহা হইলে এই সমস্ত প্রদাহের কেন্দ্র অবলম্বন করিয়া যক্ষ্মাজীবাণু এবং অগ্নাত্ত জীবাণু গলদেশের গ্রন্থিমালায় উপনীত হইবার সুযোগ পায় না। এই নিমিত্ত যন্তকের একজিমা, ইম্পিটাইগো ইত্যাদি মুখের ক্ষত, কাণের পূজ ইত্যাদির চিকিৎসা করা আবশ্যক। পোকায় খাওয়া দাঁত, বর্দ্ধিতায়তন টনসিল ও য্যাডিনয়েড্ বর্তমান থাকিলে তাহা উৎপাটন করা আবশ্যক।

এতদ্ব্যতীত গলদেশের গ্রন্থিমালার প্রদাহের লাঘব করিবার নিমিত্ত উহাদের উপর আয়োডিনের প্রলেপ, স্কটস ডেসিং প্রয়োগ, বায়্যারের প্রক্রিয়া দ্বারা আক্রান্ত স্থলে রক্ত সঞ্চার (Biers method of passive congestion) প্রভৃতি পদ্ধতি অবলম্বন করা যাইতে পারে। তবে এই সমস্ত স্থানিক চিকিৎসা—ঔষধীয় অথবা অস্ত্র চিকিৎসার আনুষঙ্গিক অঙ্গ মাত্র ইহা স্মরণ রাখা কৰ্ত্তব্য।

(২) অস্ত্র-চিকিৎসা

(Surgical treatment)

যক্ষ্মাজীবাণু প্রদাহযুক্ত গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিসমূহ পাকিয়া গেলে অথবা পাকিয়া ফাটিয়া গেলে এবং তৎপরে অধঃস্থচিক ফোটকের উদ্ভব হইলে, বৃহদাকারের অগ্নোপচার না করিয়া কেহ কেহ ক্ষুদ্রাকারের অগ্নোপচারের উপদেষ্টা

দিয়া থাকেন। ইহা নিম্নলিখিত দুই প্রকারে সম্পন্ন করা যায়।

(ক) য়াসপিরেশন (Aspiration) বা জীবাণু বর্জিত সূঁচ দ্বারা সুপক লিম্ফগ্রন্থি বা ফোটক হইতে পূঁজ টানিয়া বাহির করা :—বন্ধ্যাবটিত ফোটকের মধ্যে বাহাতে অত্রাত্ত প্রকারের জীবাণু প্রবেশ করিতে না পারে ও বাহাতে উক্ত ফোটক ফাটিয়া গিয়া স্থায়ী স্ফুটনের সৃষ্টি না হয়, তদ্বিষয়ে চেষ্টা করা হইয়া থাকে। বাহাতে এই উভয় উদ্দেশ্যই সিদ্ধ হয়, তন্নিমিত্ত বন্ধ্যাজনিত ফোটক হইতে পূঁজ টানিয়া বাহির করিবার প্রক্রিয়ার উদ্ভব হইয়াছে। সর্ব প্রকারে রোগ-জীবাণু বর্জন করিয়া ফোটকের প্রান্তদেশ হইতে উহার ভিতরের দিকে সূঁচাকাবদ্ধ করিয়া দিয়া, অতি ধীরে ধীরে পূঁজ নিষ্কাশ করিয়া লইতে হয়। তাড়াতাড়ি পূঁজ টানিবার চেষ্টা করিলে ফোটক গল্বরে রক্তপাত হইবার সম্ভাবনা। ফোটকের বহির্ভাগে ঈষৎ চাপ প্রয়োগ করিলে পূঁজ সূঁচাক্রমে বাহির হইবার সুবিধা হয়। একবার পূঁজ বাহির করিবার পর উহা পুনর্বার সঞ্চিত হইলে উপরোক্ত প্রক্রিয়ার পুনরুত্থান করা কর্তব্য। ফোটকের পূঁজ ঘন হইলে উহা সূঁচের মধ্য দিয়া সহজে নিষ্কাশ হইতে নাও পারে। এরূপ ক্ষেত্রে সূঁচ অপসারিত করিয়া ট্রোকর ও ক্যানুলা দ্বারা পূঁজ নিষ্কাশ করিবার চেষ্টা করা উচিত। ফোটকের উপরিভাগ কোমল ভাবে মালিশ করিলে উহার অভ্যন্তরস্থ পনিরের দ্বারা পূঁজ ভাঙ্গিয়া ও ফাটিয়া যায়। সূঁচের পরিবর্তে উক্ত স্থানে ট্রোকর ক্যানুলা বদ্ধ করিয়া পরে ক্যানুলার ভিতর দিয়া ফোটকভ্যন্তরে শোষিত লবণ জল পরিচালিত করিয়া পূঁজ বাহির করিয়া ফেলা উচিত। পরে ক্যানুলা অপসারিত করিয়া উহার প্রবেশ পথ একটা গভীর সেলাইয়ের কোঁড় দিয়া বদ্ধ করিয়া দেওয়া উচিত। পূর্বে এই প্রকার বন্ধ্যাবটিত ফোটকের পূঁজ নিষ্কাশ করিয়া উহার মধ্যে জীবাণুবর্জিত আয়োডোফর্ম ইন্ডালসন

(আয়োডোফর্ম ১ ভাগ ও গ্লিসারিন ১০ ভাগ) প্রবিষ্ট করা ইয়া দেওয়া হইত, কিন্তু কেহ কেহ এই আয়োডোফর্ম ইঞ্জেকসনের ফলে অধিকতর উপকার হইতে পারে, ইহা অস্বীকার করেন এবং অধুনা এরূপ করাও হয় না।

(খ) ইনসিসন (Incision) বা ফোটক কাটিয়া দেওয়া :—অনেকে বলেন যে, ফোটক বড় হইয়া থাকিয়া গেলে উহা কাটিয়া দিয়া, উহার অভ্যন্তরস্থ পূঁজ চাঁচিয়া ফেলাই আবশ্যক। এইরূপ বন্ধ্যাবটিত ফোটক কাটিবার কালে দুই একটা কথা স্মরণ রাখা কর্তব্য। যথা

বন্ধ্যাজনিত প্রদাহের ফলে গলদেশের গভীরতর স্তরের কোন লিম্ফগ্রন্থি থাকিয়া উঠিয়া ফাটিয়া গেলে উক্ত পূঁজ বাহিরের দিকে অগ্রসর হইবার পথে চক্ষুতলে ফোটকের সৃষ্টি করে। সুতরাং এরূপ ক্ষেত্রে চক্ষুতলস্থ বন্ধ্যাবটিত ফোটককে সাধারণ ফোটকের দ্বারা মনে করা উচিত নহে—উহা গভীরতর স্তরের নিম্নে অবস্থিত পক লিম্ফগ্রন্থির পূঁজের অধঃস্থাতিক আধার। সুতরাং এরূপ স্থলে ফোটক কাটিয়া দিয়া বা উহা হইতে পূঁজ টানিয়া বাহির করিয়া বিশেষ লাভ নাই। কারণ এস্থলে ডিপ সার্ভাইক্যাল ফ্যাসার নিম্নে বা মাংসপেশী সন্মূহের নিম্নে পূঁজ পরিপূর্ণ লিম্ফগ্রন্থি বিদ্যমান থাকিয়া অধঃস্থাতিক ফোটকে পূঁজ সরবরাহ করিতে থাকে এবং ফোটক হইতে সাইনাস বা স্ফুটনী উদ্ভূত হইয়া দুরারোগ্যরূপে বিদ্যমান থাকে। এরূপ ক্ষেত্রে ফোটকের তলদেশে খুঁজিয়া দেখিলে ডিপফ্যাসার নিম্নস্থ পূঁজ পরিপূর্ণ গ্রন্থির সহিত সংযোগকারী ছিদ্রও পরিদৃষ্ট হইয়া থাকে। উক্ত ছিদ্র সূঁচাকার এবং উহার ভিতর দিয়া কেবলমাত্র প্রোব চালান বাইতে পারে। সুতরাং এরূপ স্থলে উক্ত ছিদ্রকে সাবধানতা সহকারে বড় করিয়া দিয়া, নিম্নস্থ গ্রন্থির পূঁজ চাঁচিয়া বাহির করিয়া ফেলা অত্যাবশ্যক; নচেৎ চক্ষুতলের ফোটক এবং উহার বহিঃস্থ স্ফুটন আরোগ্য হইবার পূর্ব অনর্ধ হইয়া পড়া যায়। কোন

কোন স্থলে একটা লিম্ফ-গ্রন্থির পূঁজ চাঁছিয়া ফেলিবার পর যে গহ্বরের সৃষ্টি হয়, তাহার ভিতর অঙ্গুলী দিয়া চারিদিকে অহুভব করিলে, হয়ত উহার সন্নিহিত স্থানে আরও একটা বা একাধিক পূঁজ-পরিপূর্ণ লিম্ফগ্রন্থির অস্তিত্ব বুঝিতে পারা যায়। এরূপ ক্ষেত্রে টোকার দ্বারা সাবধানতা সহকারে ঐ সমস্ত গ্রন্থি ছিদ্র করিয়া উহাদের অভ্যন্তরস্থ পূঁজ চাঁছিয়া ফেলা আবশ্যক। ইহা না করিলে কিছুদিনের মধ্যেই ঐগুলি ফাটিয়া গিয়া পুনরায় স্ফোটকের উদ্ভব করিবে।

যক্ষ্মাঘটিত স্ফোটকের বহির্মুখী স্ফুড়ঙ্গ যে সহজে সারে না; তাহার কারণ পূর্বেই উক্ত হইয়াছে। স্ফুড়ঙ্গের সহিত ডিপফ্যাসার নিয়ে অবস্থিত পূঁজ পরিপূর্ণ গ্রন্থির সংযোগ থাকে বলিয়াই উহা সহজে সারে না। এই নিমিত্ত স্ফুড়ঙ্গ সারাইতে হইলে উহার গাত্র সম্পূর্ণরূপে চাঁছিয়া ফেলা এবং উহার সহিত সংযুক্ত ডিপফ্যাসার নিয়ন্ত্রণ পূঁজযুক্ত গ্রন্থির উৎপাতন করা আবশ্যক। অতঃপর উহাতে 'বিপ' (bipp) লাগাইয়া সেলাই করিয়া দেওয়া উচিত।

অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে বিরুদ্ধ মত :- উপরোক্ত অস্ত্রোপচারের (অপারেশনের) বিরুদ্ধে নিম্নলিখিত যুক্তিগুলি প্রদর্শিত হইয়া থাকে। যথা—

(a) যক্ষ্মাক্রান্ত গ্রন্থিগুলি পাকিয়া না উঠিলে, এই অপারেশন করা হয় ন।

(b) যেখানে কেবলমাত্র দুই একটা গ্রন্থি পাকিয়া উঠে, সেখানেই এই প্রকার অস্ত্রোপচার প্রয়োগ করা হয়। গলদেশের লিম্ফ গ্রন্থিমালার যক্ষ্মাক্রান্ত হইলে কেবলমাত্র দুই একটা গ্রন্থি মাত্র পাকে না—বহু গ্রন্থিই পাকিয়া উঠে। পক্ষান্তরে কেবলমাত্র একাধিক গ্রন্থিগুলিকে উৎপাতিত করিলে, পরিণামে আবার অপর গ্রন্থিগুলিও পাকিয়া উঠিয়া পূর্বের স্থায় উপদ্রবের সৃষ্টি করে। সুতরাং একটা ক্ষুদ্র ইনসিসান দ্বারা বহু গ্রন্থিকে উৎপাতিত করা সম্ভব হয় না।

(c) এই প্রকার অপারেশন অন্ধকারে অপারেশন (লোষ্ট্রনিক্‌সের দ্বারা), কারণ গলদেশের লিম্ফগ্রন্থি সমূহ

ইন্টার্নাল জুগুলার ভেন (Internal jugular vein); কারোটাইড আর্টারী (Carotid artery) প্রভৃতি মূল্যবান রক্তপ্রণালী সমূহের গাত্রে সংশ্লিষ্ট থাকে বলিয়া, গ্রন্থি উৎপাটনকালে উহাদিগের সমূহ অনিষ্টের সম্ভাবনা থাকে।

বিস্তৃত অস্ত্রোপচার :- আধুনিক অস্ত্রচিকিৎসার এই উন্নতযুগে গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহের নিমিত্ত বর্ধিতায়তন হইলে, চিকিৎসকগণ বিস্তৃত অস্ত্রোপচার দ্বারা ঐগুলিকে সমূলে উৎপাতিত করিবার উপদেশ দিয়া থাকেন। এই অস্ত্রচিকিৎসার সমর্থনকরে তাঁহারা নিম্নলিখিত যুক্তিগুলি প্রদর্শন করিয়া থাকেন। যথা—

(a) গলদেশের লিম্ফগ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহে আক্রান্ত হইলে, উহাদের স্বাভাবিক উপায়ে সারিয়া উঠিতে বহুদিন সময় লাগে। অধিকাংশ স্থলেই একটীর পর একটা করিয়া গ্রন্থি পুনঃ পুনঃ পাকিয়া উঠিয়া রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্যের যথেষ্ট হানী ঘটায়—এমন কি, গলদেশের গ্রন্থিমালার যক্ষ্মাজনিত প্রদাহ সম্পূর্ণরূপে সারিয়া গেলেও, রোগীর ক্ষুদ্র স্বাস্থ্য বহুদিন—এমন কি, আজীবনও থাকিয়া যায়।

(b) এই ব্যাধির আক্রমণের ফলে রোগীর ক্ষীণ স্বাস্থ্য এবং লিম্ফগ্রন্থিসমূহের মধ্যে যক্ষ্মাজীবাণুর অস্তিত্বের নিমিত্ত রোগীর দেহের অন্তর্ভুক্ত যক্ষ্মারোগে আক্রান্ত হইবার সম্ভাবনা থাকে এবং তদ্ব্যতীত পাল্লোনারী টিউবারকিউলোসিস এবং টিউবারকিউলার মেনিঞ্জাইটিসের আক্রমণ অধিকতর সম্ভবপর।

(c) একটা গ্রন্থি যক্ষ্মাজীবাণু কর্তৃক প্রদাহাঘিত হইলে তাহা দ্বারা সন্নিহিত গ্রন্থিও আক্রান্ত হইবার সম্ভাবনা। সেইজন্য প্রথম আক্রান্ত গ্রন্থি নিরাময় হইলেও রোগ বিস্তৃতির সম্ভাবনা থাকে বলিয়া, গ্রন্থিগুলিকে সমূলে উৎপাটন করিবার নিমিত্ত অস্ত্রোপচার আবশ্যক।

(d) গ্রন্থিগুলি পাকিয়া আপনা হইতে ফাটিয়া, পরে সারিয়া গেলে যে দাগের সৃষ্টি হয়, পাশ্চাত্য

চিকিৎসকগুণের পক্ষে উহা বড়ই বিসদৃশ ও কদাকার বলিয়া প্রতীয়মান হয় বলিয়া, তাঁহারা উহা নিবারণার্থে অস্ত্রোপচার পছন্দ করিয়া থাকেন।

(c) সাধারণ ঔষধীয় চিকিৎসা দ্বারা রোগ সুদীর্ঘ কালের মধ্যে আরোগ্য না হইলে এবং প্রদাহাঘাত গ্রন্থি পাকিবার উপক্রম হইলে অস্ত্রোপচার আবশ্যক হইয়া পড়ে।

(f) অস্ত্রোপচারের ফলে চিকিৎসার কাল স্বল্পতর হইয়া পড়ে এবং রোগী দ্রুতগতিতে আরোগ্য লাভ করে। এই চিকিৎসার ফলও স্থায়ী হয় এবং রোগারম্ভের পর যত শীঘ্র অপারেশন সম্পন্ন করা যায়, ততই ক্ষুদ্রতর অপারেশনের আবশ্যক হইয়া থাকে।

বিস্তৃত অস্ত্রোপচার সম্বন্ধে কর্তব্য :—দেহের অন্তর যক্ষ্মারোগের বিস্তীর্ণ কেন্দ্র বিদ্যমান থাকিলে অথবা আক্রান্ত গ্রন্থি উৎপাটনের পর যক্ষ্মারোগের ব্যাপক আক্রমণের সম্ভাবনা থাকিলে, অস্ত্রোপচার বিলম্ব করা হয় কিম্বা একেবারেই করা হয় না। রোগীর দেহের উদ্ভাপ দেখিয়া এই বিষয়গুলি কতকটা বুঝা যায়।

বিস্তৃত অস্ত্রোপচার পদ্ধতি :—(Method of operation) :—এই অপারেশন দুই প্রকারে করা হয়। যথা—

(১) গ্রন্থি সমূহের সমূলে উৎপাটন ;

(২) পূজে পরিপূর্ণ গ্রন্থি টাছিয়া উঠাইয়া ফেলা ;

গ্রন্থি পূজে পরিপূর্ণ হইলে এবং সমূলে উৎপাটনের সুবিধা না থাকিলে গ্রন্থির অভ্যন্তর ভাগ টাছিয়া ফেলা আবশ্যক। শেষোক্ত পদ্ধতির বিষয় পূর্বেই কথিত এবং উহার গুণাগুণও বিচার করা হইয়াছে।

(১) গলদেশের গ্রন্থিমালার সমূলে উৎপাটন (Excision of Cervical glands) :—গ্রন্থিমাল পাকিয়া পূজে পরিপূর্ণ হইবার পূর্বে অস্ত্রোপচার করা আবশ্যক। গ্রন্থিগুলি পাকিয়া গেলে উহারা সন্নিহিত বিধান সমূহের সহিত সংশ্লিষ্ট হইয়া পড়ে বলিয়া উহাদিগকে চিনিয়া উঠা হুঙ্কর হয় এবং

ইহার ফলে আবশ্যকীয় যন্ত্রাদি সহজে আঘাত প্রাপ্ত হইয়া নষ্ট হইবার সম্ভাবনা থাকে। গ্রন্থিসমূহ সমূলে উৎপাটন করিতে হইলে চর্শ্বের ইনসিসন সুদীর্ঘ হওয়া আবশ্যক। প্রত্যেক গ্রন্থি সমষ্টি (group of glands) যতদূর সম্ভব একই সঙ্গে (in mass) উৎপাটন করা আবশ্যক। সম্পূর্ণ জীবাণুবর্জিত ভাবে অস্ত্রোপচার সম্পন্ন করা আবশ্যক। অস্ত্রোপচার কালে ইন্টারকাল জুগুলার ভেন, স্পাইজাল ম্যাকসিলারী নার্ভ, ফ্যোসিয়াল নার্ভের প্রধান অংশ এবং উহার ইনফ্রাম্যাক্সিলারী শাখা, ফ্রেনিক নার্ভ, থোরাসিক ডাক্ট প্রভৃতি বিশেষ সাবধানতা সহকারে হস্তক্ষেপ করা এবং বাহাতে উহারা আহত না হয়, তদ্বিষয়ে বিশেষ সতর্ক হওয়া আবশ্যক। অপারেশনের অধিকতর পূঙ্খপূঙ্খ বিবরণ এ প্রবন্ধের আলোচ্য বিষয় নহে বলিয়া পরিত্যক্ত হইল।

গলদেশের গ্রন্থিমালার উৎপাটন অস্ত্রোপচার হিসাবে যে বড় এবং একটা বিপজ্জনক ব্যাপার তাহাতে আর কোন সন্দেহ নাই। যে অস্ত্রোপচার কালে উপরোক্ত অত্যাবশ্যকীয় যন্ত্রগুলিকে পদে পদে বাঁচাইয়া অগ্রসর হইতে হইবে এবং যেখানে রোগের ফলে ঐগুলিকে সহজে চিনিয়া উঠাও হুঙ্কর, সেখানে অস্ত্রোপচার কালে উহাদিগকে আহত করিয়া অনিষ্ট সাধন করাও বিচিত্র নহে। পক্ষান্তরে অস্ত্রোপচার সুনিয়মিত ভাবে এবং সফলতার সহিত সম্পন্ন করিলেই যে, রোগ সম্পূর্ণরূপে নিরাময় হইবে; তাহাও নিশ্চিত করিয়া বলা যায় না। অল্প চিকিৎসায় যাহারা সুদক্ষ ও উন্নত তাঁহাদিগের পক্ষেই এরূপ অস্ত্রোপচার সম্পন্ন করিবার ভার গ্রহণ করা যুক্তিসঙ্গত।

গলদেশের যক্ষ্মাজনিত প্রদাহাক্রান্ত গ্রন্থিমাল সমূলে উৎপাটন করিবার স্বপক্ষে যে সমস্ত যুক্তি প্রদর্শন করা হইয়াছে, সেগুলি যে, অতি মূল্যবান; তাহাতে আর সন্দেহ নাই এবং সেই জন্যই শল্যচিকিৎসায় উন্নত পাশ্চাত্য দেশসমূহে এই পদ্ধতির বিশেষ প্রসার লাভ করিতেছে। আমাদের দেশেও পারদর্শী চিকিৎসকগণের হস্তেও অদূর ভবিষ্যতে এই পদ্ধতিতে ক্রমশঃ বিস্তার লাভ করিবে

সন্দেহ নাই। বর্তমানে পূর্বের অভিজ্ঞতা না থাকিলে সাধারণ চিকিৎসকগণের পক্ষে হঠাৎ এরূপ বৃহদাকার অন্রোপচারের ভার গ্রহণ করা উচিত নহে; বরং ঔষধীয় চিকিৎসা সূক্ষ্মল ভাবে উপযুক্ত কাল ধরিয়া চালাইয়া দেখা উচিত। এতদ্বারা যথেষ্ট ফল লাভের আশা করা বাইতে পারে।

রোগীতত্ত্ব

সম্ভ্রতি এই পীড়াক্রান্ত একটা রোগী চিকিৎসাধীন হইয়াছে। ২য় ও ৩য় চিত্রে এই রোগীর দুইটা প্রতিকৃতি এবং নিয়ে ইহার বিবরণ প্রদত্ত হইল।

রোগীর বয়স প্রায় ১৭ বৎসর। ছয় মাসকাল ইহার গলদেশের লিম্ফ-গ্রন্থিমালা বর্দ্ধিতায়তন হওয়ায় সাধারণ স্বাস্থ্য ক্ষুণ্ণ হইয়াছে। প্রায়ই জ্বর থাকে; মধ্যে মধ্যে জ্বর বাড়িয়া উঠে এবং সবিরাম আকারে দেখা দেয়। দেহের তুলনায় রোগীর মুখমণ্ডল ও গলদেশ বড় দেখায়। পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছে—রোগীর গলদেশের উভয় দিকের গ্রন্থিমালা বর্দ্ধিত ও পরস্পরের সহিত অবিচ্ছিন্ন

ভাবে সংশ্লিষ্ট এবং উহাদের উপরস্থ চর্মের সংকরণশীলতাও স্থানে স্থানে অদৃশ্য হইয়াছে। কয়েকটা গ্রন্থি পূর্বে থাকিয়া ফাটিয়া গিয়া এবং পরে শুকাইয়া চর্মে কিলয়েড (keloid) জাতীয় দাগের সৃষ্টি করিয়াছে। রোগীর প্রায় কাশি হয় না; জ্বর বাড়িলে বক্ষ আকর্ষণে কুস্কুসে মধ্যে মধ্যে ছুচায়টা রালস শ্রবণ পাওয়া যায়। রোগীর সর্কদা নাড়ী দ্রুত থাকে। মধ্যে মধ্যে রোগীর গলদেশের বর্দ্ধিত গ্রন্থিমালার উপর ফ্ল্যাকচুয়েসনও (fluctuation—তরল পদার্থের তরঙ্গানুভূতি) পাওয়া যায়; আবার দুই চার দিনের মধ্যে তাহা অদৃশ্য হয়। কখন কখনও তাহার গলদেশের ক্ষীত ক্ষেত্রের স্থলবিশেষ অপেক্ষাকৃত অধিক ক্ষীত হইয়া উঠে এবং দুই চারদিন এরূপ থাকিয়া অদৃশ্য হয়।

রোগীকে কেবলমাত্র ঔষধীয় চিকিৎসা অর্থাৎ ক্যালশিয়াম, কডলিভার (মল্ট) ও সিরাপ ফেরি আয়োডাইড ইত্যাদি ব্যবহার করান হইতেছে; ইহার ফলে রোগী পূর্বাশ্রয় ভাল বোধ করিতেছে।

রোগী এখনও চিকিৎসাধীন আছে, চিকিৎসার ফলাফল যথাসময়ে প্রকাশিত হইবে।

জ্বর—Fever.

লেখক—ডাঃ জীবিত্তিত্তিভূষণ চক্রবর্তী M. B.

কলিকাতা

(পূর্ব প্রকাশিত ১০ম সংখ্যার (মাঘ) ৫২০ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—o†:(*)†:o—

টাইফয়েড ফিভার—Typhoid Fever.

আরোগ্যামুখী অবস্থায় পথ্যঃ— রোগীর যখন জ্বর সম্পূর্ণরূপে ছাড়িয়া বাইবে এবং রোগী ক্রমশঃ আরোগ্যপথে অগ্রসর হইতে থাকিবে, তখন বিশেষ কোন ঔষধ প্রয়োগ করার প্রয়োজন নাই;

ফাল্গুন—৩

কিন্তু এই সময় পথ্যের প্রতি সর্বিশেষ লক্ষ্য রাখা কর্তব্য। টাইফয়েড রোগীর আরোগ্যামুখী অবস্থায় পথ্যের সামান্য তারতম্যে যে, পীড়া পুনরাক্রমণ করিতে পারে; তাহা স্মরণ রাখা উচিত। রোগীকে বাহাতে অধিক

পরিমাণে কিবা কোন গুরুপাক দ্রব্য খাইতে দেওয়া না হয়, তদ্বিষয়ে সর্বদা সতর্ক দৃষ্টি রাখা কর্তব্য।

জ্বর বন্ধ হইবার পর ১০।১২ দিন পর্যন্ত পূর্বোক্ত পথ্যাদি (চিকিৎসা-প্রকাশের ৯ম সংখ্যার ৪৪৬ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য) বথানিয়মে দিতে হইবে। এই সময়ে চিকেন ব্রথ (chicken broth), দেওয়া যাইতে পারে এবং তাহা উপকারী হইয়া থাকে।

জ্বর বন্ধ হইবার ১০।১২ দিন পরে প্রথমে হাতে গড়া স্ফিরিক্রটী (জলসহ স্ফিজি সিদ্ধ করিয় তৎপরে রুটী প্রস্তুত করিতে হইবে) ও তৎসহ লক্ষ্যবিহীন জীবিত মৎস্তের ঝোল; তদপরে এই ঝোলে কাচকলা, পটল ইত্যাদি দিতে পারা যায়। অতঃপর এক বেলা ভাত এবং অপর বেলা স্ফিরিক্রটী ব্যবস্থ্যেয়। অত্যন্ত সময়ে দুগ্ধ, হরলিঙ্গ মল্টেড মিক্স, প্লাসমোন ইত্যাদি দিতে পারা যায়।

প্রতিষেধক ব্যবস্থা :—টাইফয়েড ফিভার বাহাতে না হইতে পারে, তজ্জন্ত নিম্নলিখিত কয়েকটি ভ্যাক্সিন প্রয়োগ অমুমোদিত হইয়াছে। স্মরণ রাখা কর্তব্য যে, টাইফয়েড ফিভারে আক্রান্ত হইলে এই সকল ভ্যাক্সিনে কোন ফল হয় না। কোন বাড়ীতে এই পীড়া হইলে অথ আর কেহ বাহাতে এই পীড়াক্রান্ত না হইতে পারে, তজ্জন্ত প্রতিষেধক হিসাবে (as a prophylactic) এই সকল ভ্যাক্সিন প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(১) এন্টিটাইফয়েড ভ্যাক্সিন (Antityphoid Vaccine) :—পার্কডেভিস কোম্পানীর প্রস্তুত। এই ভ্যাক্সিনের প্রত্যেক প্যাকেজে দুই প্রকার শক্তির ভ্যাক্সিন থাকে। সুস্থ পূর্ণ বয়স্কদিগকে প্রথমতঃ ১০০০ মিলিয়নের ভ্যাক্সিন ইঞ্জেকসন দিয়া উহার ১০ দিন পরে ২০০০ মিলিয়নের ভ্যাক্সিন ইঞ্জেকসন দিতে হয়।

বালক বালিকাদিগের বয়সানুসারে ইহা নিম্নলিখিতরূপে ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য। বথা—

২—৭ বৎসর বয়স্কদিগকে পূর্ণ বয়স্কদিগের এক তৃতীয়াংশ মাত্রায়।

৭—১০ বৎসর বয়স্কদিগকে পূর্ণ বয়স্কদিগের অর্ধেক মাত্রায়।

১০—১৬ বৎসর বয়স্কদিগকে পূর্ণ বয়স্কদিগের দুই তৃতীয়াংশ মাত্রায়।

(২) এন্টিটাইফয়েড ভ্যাক্সিন

(Antityphoid Vaccine) :—বারোজ ওয়েলকাম কোম্পানির প্রস্তুত। প্রতি সি, সি, তে ১০০ মিলিয়ন ও ১০০০ মিলিয়ন শক্তির ভ্যাক্সিন পাওয়া যায়। প্রথমতঃ পূর্ণবয়স্কদিগকে ৫০০ মিলিয়ন, তদপরে ১০ দিন বাদে ১০০০ মিলিয়ন শক্তির ভ্যাক্সিন ইঞ্জেকসন করিতে হয়। কেহ কেহ পুনরায় ১০ দিন পরে ২০০০ মিলিয়ন ইঞ্জেকসন করিতে বলেন। ইহাতে ১৮—২৪ মাসের মধ্যে আর পীড়াক্রান্ত হইবার আশঙ্কা থাকে না।

এতদ্ভিন্ন আরও অনেক দেশীয় ও বৈদেশিক কোম্পানির প্রতিষেধক ভ্যাক্সিন পাওয়া যায়।

ভ্যাক্সিন ইঞ্জেকসনে প্রথম প্রথম উত্তাপ বৃদ্ধি এবং ইঞ্জেকসনের স্থান লাল হইয়া উঠিতে পারে, কিন্তু তাহাতে কোন ভয়ের কারণ নাই।

(৩) এন্টিটাইফয়েড বিলি ভ্যাক্সিন (Antityphoid Billy Vaccine) :—প্যারিসের প্যাট্রু ইনস্টিটিউটের সুবিখ্যাত প্রফেসর ডাঃ বেস্রেডকা (Professor Besredka) এই ভ্যাক্সিন আবিষ্কার করিয়াছেন। ইহা ট্যাবলেট আকারে প্রস্তুত। ইহা ইঞ্জেকসন করিতে হয় না—মুখপথে সেবন করিতে হয় এবং তাহাতে ইঞ্জেকসনের স্থানই ফল হইয়া থাকে। ইহার প্রত্যেক প্যাকেজে ১টা শিশিতে ৩টা ভ্যাক্সিন ট্যাবলেট এবং অপর একটি শিশিতে ৩টা বাইল পিল (Bile pill) থাকে।

৭ হইতে তদুর্দ্ধ বয়সে শূন্যোদরে প্রাতঃকালে প্রথমতঃ একটা বাইল পিল সেবন করিয়া উহার ১৫ মিনিট পরে

একটা ভ্যাক্সিন ট্যাবলেট সেবন করিতে হয়। ভ্যাক্সিন ট্যাবলেট সেবনের পর এক ঘণ্টার মধ্যে কোন কিছু খাওয়া কর্তব্য নহে। এইরূপে আরও দুই দিন প্রাতে একটা করিয়া বাইল পিল এবং ১টা করিয়া ভ্যাক্সিন ট্যাবলেট সেবন করিতে হইবে।

বালক বালিকাদের জন্ম স্বতন্ত্র প্যাকেজে ১টি শিশিতে ২টি বাইল পিল ও একটা শিশিতে ২টা ভ্যাক্সিন ট্যাবলেট থাকে। ৬ মাস হইতে ৭ বৎসরের বালক বালিকাদিগকে উপরি উক্ত নিয়মে পর পর দুই দিন শৃঙ্খলদ্বারা একটা করিয়া বাইল পিল ও ১টা করিয়া ভ্যাক্সিন ট্যাবলেট সেবন করাইতে হয়।

পূর্ণ বয়স্কদিগের জন্ম এই প্রতিষেধক ভ্যাক্সিন—“এন্টিটাইফয়েড বিলি ভ্যাক্সিন ফর এডল্ট” (*Anti-typhoid Billy Vaccine for adult*) এবং শিশুদিগের জন্ম—“এন্টিটাইফয়েড বিলি ভ্যাক্সিন ফর চিলড্রেন” (*Anti-typhoid Billy Vaccine for Children*) নামে অভিহিত করা হইয়াছে।

উল্লিখিত প্রকারে এই ভ্যাক্সিন সেবন করিলে এক বৎসরের মধ্যে টাইফয়েড ও প্যারাইটিফয়েড ফিভারে আক্রান্ত হইবার সম্ভাবনা থাকে না।

টাইফয়েড ফিভারের সম্বন্ধে সব কথাই বিস্তৃত ভাবে বলিলাম। এক্ষণে একটা রোগীর বিবরণ উল্লেখ করিয়া এই প্রস্তাবের উপসংহার করতঃ, অজ্ঞাত অরের আলোচনায় প্রবৃত্ত হইব।

চিকিৎসিত রোগীর বিবরণ

বিগত বার্ষিক মাসের (১৯২৯ সালের) ২রা তারিখে একটা টাইফয়েড রোগীর পীড়ারস্তের ১০ম দিবসে, তাহার চিকিৎসার্ষ আমি আহুত হই। রোগীর বয়ঃক্রম ৩০।৩৫ বৎসর, হিন্দু, পুরুষ। অরাক্রমণের প্রথম সপ্তাহ হইতেই টাইফয়েড বলিয়াই সিদ্ধান্ত করতঃ চিকিৎসা

করা হইতেছে পীড়া উত্তরোত্তর বাড়িয়া বাইতেছে এবং রোগীর অবস্থা খারাপ হইতেছে দেখিয়া, পূর্ব চিকিৎসকের প্রতি বিশ্বাস করিতে না পারিয়া রোগীর অবিভাবক চিকিৎসক পরিবর্তন করিয়াছেন।

বর্তমান অবস্থা :—রোগীর পূর্ব ইতিহাস প্রভৃতি জ্ঞাত হইয়া এবং রোগীকে উত্তমরূপে পরীক্ষা করিয়া টাইফয়েড বলিয়াই সিদ্ধান্ত করিলাম। বর্তমানে দ্বিতীয় সপ্তাহ চলিতেছে। মোটামুটি লক্ষণগুলি নিম্নে উল্লিখিত হইল।

(ক) জ্বর—১০৪ ডিগ্রি হইতে ১০৫ ডিগ্রির মধ্যে উত্তাপ উঠা নামা করিতেছে। প্রাতে উত্তাপ কিছু কম হয়।

(খ) নাড়ী (pulse)—নাড়ী দ্রুত, স্পন্দন সংখ্যা প্রতি মিনিটে ১৬০ বার।

(গ) শ্বাসপ্রশ্বাস—শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা প্রতি মিনিটে ৬৬ বার।

(ঘ) উদরাময়—প্রত্যহ ১৬।১৭ বার হরিজাবর্ণ দুর্গন্ধযুক্ত তরল ভেদ হইতেছে, মলত্যাগ কালে পেটে বেদনা অনুভব হয়।

(ঙ) তলপেটে বেদনা ও শব্দ—ইলিয়াক ফসার চাপ দিলে বেদনা এবং গড়্ গড়্ শব্দ করে।

(চ) উদরাধ্বান—উদরাধ্বান খুব বেশী।

(ছ) ফুসফুস—বক্ষ আকর্ষণে উভয় ফুসফুসেই রালস (rales) ও রহাই (ronchi) পাওয়া গেল।

(জ) শিরঃপীড়া—শিরঃপীড়া আছে। মস্তক উষ্ণ, চক্ষু আরক্তিম। ইতিপূর্বে খুব বেশী শিরঃপীড়া ছিল।

(ঝ) অনিদ্রা—৭।৮ দিন হইতে রোগীর প্রায়ই নিদ্রা হয় না।

(এ) প্রলাপ—উগ্র প্রলাপ বর্তমান। সর্কদা অস্থিরতা, মধ্যে রোগী ভীষণ ভাবে তেড়ে তেড়ে উঠিয়া বসে, হাত পা ছোড়ে।

ব্যবস্থা :—টাইফয়েড ফিভার সিদ্ধান্ত করতঃ নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

(১) প্রত্যহ ঠাণ্ডা জলে তোয়ালে ডিঙ্কাইয়া উত্তমরূপে গা মোছাইয়া দেওয়ার ব্যবস্থা করা হইল। উত্তাপ বৃদ্ধি হইলে ঠাণ্ডা জলের স্পঞ্জ (cold sponge) করার উপদেশ দিলাম।

(২) সর্কদা মাথায় বরফ (Ice bag) দিতে বলা হইল।

(৩) পথ্যার্থ বালি ওয়াটার, ডাবের জল, ছানার জল ইত্যাদি ব্যবস্থা করা হইল।

(৪) সেবনার্থ নিম্নলিখিত ঔষধের ব্যবস্থা করিলাম—

(ক) Re.

সোডি বাইকার্ব ... ১ ড্রাম।
ব্রাণ্ড ১নং ... ২ আউন্স।
লিকুইড মুকোজ ... ১ আউন্স।
জল ... ২০ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ২৪ ঘণ্টার মধ্যে অল্প অল্প করিয়া ইহা পান করিতে বলা হইল।

(খ) Re.

সোডি বেঞ্জোয়াস ... ১০ গ্রেণ।
হেজামিন ... ১০ গ্রেণ।
সিরাপ ক্যালসাই হাইপোকফ ... ১ ড্রাম।
স্পিরিট এমন এরোমেট ... ২৫ মিনিম।
অয়েল সিনামন ... ২ মিনিম।
সিরাপ একাসিয়া যথা প্রয়োজন।
এলিক্সার পাইনোসোমনস কর্ডিয়াল ...
২০ মিনিম।
একোয়া মেথপিপ এড্ ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ ৩বার সেব্য।

পেটের অস্থিরতা জন্ত নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইল—
(গ) Re.

বিসমাথ কার্ব ... ১০ গ্রেণ।
বেটা-ন্যাফথোল ... ২ গ্রেণ।
সোডি সালফ কার্বলাস ... ১০ গ্রেণ।
সিরাপ একাসিয়া যথা প্রয়োজন।
একোয়া এড্ ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ ২/৩ বার সেব্য।

প্রত্যেক দিনের বিবরণ দেওয়ার প্রয়োজন নাই।
মোটের উপর উপরিউক্ত ব্যবস্থায় ক্রমশঃ রোগীর উপসর্গাদি উপশান্ত হইয়া ২৫ দিনের দিন অর ত্যাগ হইয়াছিল।
ইহার পর ২।৪ দিন বিকালে সামান্য উত্তাপ বৃদ্ধি হইতে দেখা গিয়াছিল।

অর ত্যাগ হইবার পর নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করা হইয়াছিল।

(ঘ) Re.

সোডি সাইট্রাস ... ২০ গ্রেণ।
লাইকর এমন এসিটেট্ ... ১ ড্রাম।
স্পিরিট এমন এরোমেট ... ১৫ মিনিম।
অয়েল সিনামন ... ২ মিনিম।
সিরাপ একাশিয়া ... যথা প্রয়োজন।
একোয়া ... এড্ ১ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। উত্তাপ বৃদ্ধি অবস্থায় প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

(ঙ) Re.

এরিস্টোচিন ... ৩ গ্রেণ।
সুগার অব মিক ... ৩ গ্রেণ।

একত্র ১ মাত্রা। এইরূপ ২টী পুরিয়া। অর না থাকা অবস্থায় ২ ঘণ্টান্তর এক একটি পুরিয়া সেব্য।
পথ্যাদি পূর্ববৎ।

এই ব্যবস্থায় আর এক সপ্তাহের মধ্যেই রোগী আরোগ্যলাভ করিয়াছিল।

(ক্রমশঃ)

ম্যালেরিয়া জ্বরে—এড্রিনালিন

Adrenalin in Malaria.

লেখক—ডাঃ এস. গুপ্ত M. B. (Gold Medalist)

কলিকাতা।

—:o:—

সম্প্রতি ডাক্তার একুইনার নামক জনৈক বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কতিপয় ম্যালেরিয়া রোগীতে এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন ব্যবহার করিয়া ইহার আশ্চর্য্য উপকারিতার বিষয় প্রকাশ করিয়াছেন।

ডাঃ একুইনার লিখিয়াছেন—“অনেকগুলি কঠিন প্রকৃতির ম্যালেরিয়া রোগীর দুর্দম্য বিবমিষা ও বমন নিবারণার্থ এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন প্রয়োগ করিয়া সন্তোষজনক উপকার পাওয়া গিয়াছে। এতদ্ভিন্ন সাংঘাতিক প্রকৃতির ম্যালেরিয়া জ্বরে (সেরিব্রাল, এ্যালজিড অথবা প্যারাটাইফয়েড শ্রেণীর) বধন কুইনাইন সেবন করাইয়া অথবা পেনীমথো ইঞ্জেক্সন দিয়া আশঙ্করূপ সফল না পাওয়া যায় কিম্বা যে স্থলে কুইনাইনের ক্রিয়া অত্যন্ত মৃদুভাবে প্রকাশ পায় বা আদৌ কোনও ক্রিয়াই প্রকাশ না পায়, সে স্থলে কুইনাইন চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে ৮—১৫ মিনিট মাত্রায় এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১:১০০০) অধঃস্বাচিকরূপে ইঞ্জেক্সন দিলে কুইনাইনের ক্রিয়া অধিকতর দ্রুত প্রকাশ পায় এবং রোগীর পীড়াও সত্ত্বর উপশম হইতে দেখা যায়। এড্রিনালিন ইঞ্জেক্সন দিবার পূর্বে—রক্তমধ্যে ম্যালেরিয়া-জীবাণু পাওয়া না গেলে, এড্রিনালিন ইঞ্জেক্সনের পর রক্তপরীক্ষায় তদ্ব্যতীত প্রচুর পরিমাণে উক্ত জীবাণু দৃষ্ট হয়। এড্রিনালিন রক্তশ্রোতে প্রবিষ্ট হইবামাত্র ইহা প্লাহা ও দেহের অন্যান্য যন্ত্র সমূহের রক্তপ্রণালীগুলির উপর সঙ্কোচন ক্রিয়া প্রকাশ করতঃ ম্যালেরিয়া-জীবাণু সমূহকে জোর করিয়া রক্তশ্রোতে আনয়ন করে; ইহার ফলে ইঞ্জেক্সন দ্বারা যে কুইনাইন

রক্তশ্রোতে পতিত হয়, উহা উক্ত জীবাণু সমূহকে সহজেই সমূলে ধ্বংস করিতে সমর্থ হইতে পারে। সুতরাং জীবাণুসমূহ রক্তপ্রণালীর অভ্যন্তরে ওতঃপ্রোত ভাবে লুপাশিত থাকিয়া দেহের কোন যন্ত্র বিশেষের উপর তাহাদের কার্য্যকরী শক্তি প্রকাশ করিতে কিম্বা তাহাদের স্বাভাবিক ক্রিয়া-শক্তি বিনষ্ট করিতে সক্ষম হয় না। ইহাই ম্যালেরিয়া জ্বরে এড্রিনালিন ইঞ্জেক্সনের বিশেষত্ব।

“সকল প্রকার পার্গিসাস্ (দুর্দম্য) ম্যালেরিয়াতেই এড্রিনালিন ইঞ্জেক্সন করিয়া আশাতীত ফল পাওয়া গিয়াছে”।

“ম্যালেরিয়া সন্দেহ করিয়াও, যে সকল রোগীর রক্ত পরীক্ষায় তদ্ব্যতীত ম্যালেরিয়া-জীবাণু দৃষ্ট না হয়; সে সকল রোগীকে ৮—৫ মিনিট মাত্রায় এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১:১০০০) ইঞ্জেক্সন দিবার কিয়ৎকাল পরে উহার রক্ত পরীক্ষা করিলে—তদ্ব্যতীত ম্যালেরিয়া-জীবাণু প্রচুর পরিমাণে দেখিতে পাওয়া যায়। এইরূপ ভাবে রক্ত পরীক্ষা করিয়াও যদি তদ্ব্যতীত ম্যালেরিয়া-জীবাণু না পাওয়া যায়, তাহা হইলে ম্যালেরিয়া নহে বুলিতে হইবে। প্রায় দুই বৎসর কাল বিভিন্ন প্রকারের দুর্দম্য ম্যালেরিয়ার কুইনাইন চিকিৎসার আনুসঙ্গিকরূপে এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১:১০০) অধঃস্বাচিক ইঞ্জেক্সন দিয়া যে অভিজ্ঞতা লাভ করা গিয়াছে, তাহাই উল্লিখিত হইল।”

কয়েকটা রোগীর বিবরণ নিয়ে উল্লিখিত হইল।

(১) ক্লোগিনী ৫—জনৈক ব্রীলোক; বয়স ১৮ বৎসর। ১৯২৮ সালের ১লা মে এই ব্রীলোকটি

চিকিৎসার জন্তু হাসপাতালে ভর্তি হয়। প্রথমতঃ অরুণ শ্রবণ শিরঃশীতা হইবার পর হঠাৎ প্রলাপ বকিতে থাকে এবং এই অবস্থাতেই রোগিকেনী হাসপাতালে ভর্তি করা হইয়াছিল। ভর্তির সময় অরুণ উত্তাপ ১০২ ডিগ্রি, নাড়ীর গতি ১০২, শ্বাস-প্রশ্বাস ২৪ ছিল এবং অসাড় হইয়া গিয়াছিল। রক্ত পরীক্ষায় তন্মধ্যে এ্যালজিড, প্রকৃতির হৃদয় ম্যালেরিয়া-জীবাণু পাওয়া গিয়াছিল।

চিকিৎসা :—প্রথম তিন দিন ১৫ গ্রেণ মাত্রায় প্রতি ছয় ঘণ্টান্তর পেশীমধ্যে কুইনাইন ইঞ্জেকসন এবং এতৎসঙ্গে মাস্তিকের উপসর্গ নিবারণার্থ ব্রোমাইড সেনবন করিতে দেওয়া হইয়াছিল। কিন্তু ইহাতে কোনই উপকার হয় নাই। ৪র্থ দিবস প্রাতে কুইনাইন ইঞ্জেকসন দিবার ২০ মিনিট পূর্বে ৬ মিনিম মাত্রায় এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন অধঃস্থাতিক ইঞ্জেকসন দেওয়া হয়। তারপর দ্বিপ্রহরে ১৫ গ্রেণ কুইনাইন ইঞ্জেকসন দিবার পূর্বে পূর্ববৎ এড্রিনালিন ইঞ্জেকসন দেওয়া হইয়াছিল। রোগিণীর ২০ সি,সি, পরিমাণ স্পাইন্ডাল ফ্লুইড (মেরুদণ্ড মধ্যস্থ রস) বাহির করিয়া এই রসের বর্ণ দেখিয়া জানা গিয়াছিল যে, মেরুদণ্ডভ্যন্তরে রক্তস্রাব হইয়াছে। ঐরূপ চিকিৎসায় পরদিন রোগীর মানসিক অবস্থার বহুল হিত পরিবর্তন লক্ষিত হইয়াছিল। এই দিন এবং ইহার পরদিনও প্রাতঃকালে ও দ্বিপ্রহরে পূর্ববৎ

এড্রিনালিন ও কুইনাইন ইঞ্জেকসন দেওয়া হয়। সপ্তম দিবসে রোগীর অরুণ উত্তাপ এবং নাড়ীর গতি স্বাভাবিক হওয়ার ইঞ্জেকসন বন্ধ করিয়া তৎপরিবর্তে ১০ গ্রেণ মাত্রায় কুইনাইন প্রত্যাহ ৩ বার করিয়া সেবন করিতে দেওয়া হয়। ১৫ই মে তারিখে রোগিণী সম্পূর্ণরূপে সুস্থ হইয়া নিজ গৃহে প্রত্যাবর্তন করিয়াছিল।

(২) রোগী ৪—পুরুষ; বয়স ২৬ বৎসর।

১৯২৭ সালের ২০শে মে চিকিৎসার জন্তু এই রোগী হাসপাতালে ভর্তি হয়। প্রত্যাহ শীত করিয়া ইহার অরুণ আসিত। অরুচি, কুখান্য, বিবমিষা ইত্যাদিতে গত ৬ দিন যাবৎ রোগী ভুগিতেছিল। রোগী দৃষ্ট পুষ্ট নহে, গাত্রত্বক ক্যাকাসে, জিহ্বা মলাবৃত, পিত্তস্থালীর নিকটে বহুৎ কোমল, স্নীহা বিবর্জিত এবং কোমল। রক্তপরীক্ষা করিয়া তন্মধ্যে ম্যালেরিয়া-জীবাণু পাওয়া যায় নাই।

চিকিৎসা :—এই রোগীকে প্রথমতঃ প্রত্যাহ ২ বার করিয়া ১৫ গ্রেণ মাত্রায় পেশীমধ্যে কুইনাইন ইঞ্জেকসন দিয়াও অরুণের গতি প্রতিকূল বা অরুণের উপশম হয় নাই। অতঃপর ৮ মিনিম মাত্রায় এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) অধঃস্থাতিক ইঞ্জেকসন দিবার পর ১৫ গ্রেণ মাত্রায় কুইনাইন প্রত্যাহ ২ বার করিয়া ২ দিন পর্যন্ত পেশীমধ্যে ইঞ্জেকসন দেওয়া, রোগী সম্পূর্ণরূপে সুস্থ হইয়া ৩০শে মে নিজ গৃহে প্রত্যাবর্তন করে।

সুস্থি-মানা

লেখক—ডাঃ জীৱমেশচন্দ্র রায় এল্. এম্. এম্.

কলিকাতা

আজ আপনাদিগকে সুখ্যালোকের কথা কিছু বলিব। ভাল থাকে—এমন কি, সুখের দেহেও প্রাণ সঞ্চারিত অগ্রাহ্য নাসে “ইতু” পূজা হয়, সকলে জানেন। ইতু পূজা করিলে, ধন-দাতা বৃদ্ধি পায় এবং স্বাস্থ্যও দৃষ্টান্ত স্বরূপ “ব্রত কথাতৈ” লিখিত আছে যে, কোনও

একটা হাড়ী জাতীয় লোকের মুণ্ডহীন মূর্ত্ত দেহে ইতু-পূজার ঘণ্টের জল দেওয়ার ফলে, সেই ব্যক্তি পুনর্জীবিত হইয়াছিল।

এই “ইতু” দেবতাটি কে? যাহার পূজার ফল এত বড়? এ কথার উত্তর—“ইতু” কথাটি “মিতু” কথা হইতে উৎপন্ন হইয়াছে; “মিতু” কথাটি “মিত্র” কথার অপভ্রংশ এবং “মিত্র” স্বর্ঘ্যেরই নামান্তর। ফলে, “ইতু” পূজা করিলে, স্বর্ঘ্যেরই পূজা করা হয়।

এই স্বর্ঘ্যই সকল প্রাণীর প্রাণ; অতএব “স্বর্ঘ্য” প্রকৃতই প্রাণীদের পরম “মিত্র”। যে গাছ রৌদ্রে বাড়ে, কিছু দিন ঘরের ভিতরে সেই গাছ রাখিলে, ক্রমশঃ তাহার পাতা বিবর্ণ হয়; সেই গাছটি জানালার ফাঁক দিয়া, আলোর দিকে বাড়িতে চেষ্টা করে; না বাড়িতে পারিলে ক্রমশঃ কঁকড়াইয়া—এমন কি, মরিয়াও যায়। স্বর্ঘ্যের আলো না পাইলে গাছের পাতার রং সবুজ থাকে না; কাষেই গাছের বৃদ্ধিও বন্ধ হইয়া যায়। “ক্লোরোফিল” (chlorophyll) নামক একটি রজন পদার্থ থাকে বলিয়া, গাছের পাতা সবুজ দেখায়।

এই বার, গাছের কথা ছাড়িয়া একবার মানুষের দিকে তাকাই। আমাদের রক্তের লাল-কণিকায় (red corpuscle), “হিমোগ্লোবিন” (haemoglobin) নামক একটি রজন-পদার্থ (colouring matter) আছে। এই হিমোগ্লোবিন (রক্তের রজন পদার্থ) পূর্ণ মাত্রায় থাকিলে, তবেই আমরা সুস্থ থাকিতে পারি। গাছের জীবনী-শক্তি—তাহার ক্লোরোফিলে থাকে; আর মানুষের জীবনী-শক্তি, তাহার রক্তস্থ হিমোগ্লোবিনে থাকে এবং এই দুইটিকে পূর্ণমাত্রায় সুস্থ রাখিতে হইলে, প্রচুর স্বর্ঘ্যকিরণ সেবনের প্রয়োজন হয়। উদ্ভিদই বলুন, আর জীবই বলুন, উভয়েরই পক্ষে স্বর্ঘ্যকিরণ অপরিহার্য ও অকুরন্ত শক্তির উৎস। তাহা ছাড়া স্বর্ঘ্যকিরণের সাহায্যেই নিম্নলিখিত কার্যগুলি সম্পন্ন হইয়া থাকে।

- (১) সঁাতান যায়গা ও ভিজা জিনিষ শুকাইয়া যায়;
- (২) জলাশয়ের জল স্বতঃই বিত্ত্ব হয়;

(৩) মেঘের সৃষ্টি হইয়া বারিপাত হয় বলিয়া, আমরা আহাৰ্য্য পাই;

(৪) বায়ু চলাচল করে; এবং—

(৫) বাবতীয় পচা জিনিষ ও দুর্গন্ধ আপনিই নষ্ট হইয়া যায়—ইত্যাদি।

অতএব, সৃষ্টির আদিম যুগ হইতে, আজ পর্য্যন্তও যে স্বর্ঘ্যের পূজা চলিতেছে, তাহাতে আর বিচিত্রতা কি?

স্বর্ঘ্যের আলোকে “সাদা আলো” (white light) বলা হয়। স্বর্ঘ্যালোকের এই সাদা রং একটি মৌলিক বর্ণ নহে। যদি একটি ত্রি-শিরা কাচের (prism) ভিতর দিয়া, স্বর্ঘ্যের সাদা আলো চালিত করা যায়, তবে ঐ সাদা-আলো বিশ্লেষিত বা খণ্ড খণ্ড হইয়া, তাহার উপাদানভূত সাতটি রং দেখায়; শাস্ত্রোক্ত “সপ্তাশ্বক” * স্বর্ঘ্যের এই বর্ণসপ্তক, ইহা উক্ত কাচের একদিক হইতে পর পর, এই ভাবে দেখা দেয়:—

- (১) বেগুনে (Violet);
- (২) নীলিকা (Indigo);
- (৩) নীল (Blue);
- (৪) সবুজ (Green);
- (৫) হলুদ (Yellow);
- (৬) কমলালেবুর রং (Orange);
- (৭) লাল (Red);

রামধনুতেও ঐ বর্ণসপ্তক, ঠিক ঐ ভাবে পর পর দেখা যায়—উহাদের সাজানর কোনও উল্টা পাণ্টা ঘটে না। এই বর্ণসপ্তক দেখিয়া, অনেকেই মনে করেন—বুধি, ত্রি-পার্শ্ব-কাচ দিয়াই স্বর্ঘ্যালোকের চূড়ান্ত-বিশ্লেষণ করা হয়; কিন্তু বাস্তবিক পক্ষে, তাহা নহে। আমাদের বোধেন্দ্রিয়গণের গ্রহণ-শক্তি অতীব সীমাবদ্ধ; এই জন্য এমন অসংখ্য শব্দ, রূপ ও গন্ধ আছে—যাহা আমরা ধরিতেই পারি না। কিন্তু যন্ত্রের সাহায্যে আমরা

* গায়ত্রী, উজ্জিক, অমৃতপ, বৃহতী, পঙ্কজ, ত্রিষ্টুপ, অগতী, এই সাত ছন্দই স্বর্ঘ্যের সাতটি “স্বা”।

ঐ গুলির অতিশয় বেশ প্রমাণ করিয়া দিতে পারি। অত্রান্তরূপে প্রমাণিত হইয়াছে যে, স্বর্ধ্যালোকের মাত্র স্বরাংশই আমরা দেখিতে পাই—অপরাসংশগুলি সাধারণ-ইন্দ্রিয়-গ্রাহ্য নহে। স্বর্ধ্যালোকের এই “অদৃশ্যংশের” কতকংশ কাচমণি (quartz) সাহায্যে এবং বাকী “অদৃশ্যংশ” তাপমান-বস্তু ও ছায়াচিত্র সাহায্যে (photographic plate) ধরা পড়িয়াছে। স্বর্ধ্যালোকের বিশ্লেষণ-তথ্য আমাদের পক্ষে বিশেষ প্রয়োজনীয় বলিয়া পদার্থ বিজ্ঞান (physics) গোড়াকার ছ-চারিটি কথা বলিতেছি, একটু খৈখ্য ধরিয়া শুভন।

আমরা চারিদিকে এই যে মহাশূন্য বা ব্যোম (atmosphere) দেখি, সেটি সত্যসত্যই “শূন্য” (vacuum) নহে—সেটি স্বস্বাভিহীন ঈধার (Ether) বা তেজোবহ একটি শক্তি (force) বা পদার্থের (matter) দ্বারা পূর্ণ। স্থির-জলে ঢিল ফেলিলে, যেমন ঢিল-পড়া যায়গাটি হইতে চতুর্দিকে বৃত্তাকারে তরঙ্গ উঠে, তেমনি সামান্য আঘাতে চকল হইয়া, ঈধারেরও চতুর্দিকে তরঙ্গ উঠে। “তরঙ্গ” (waves) মানে “কম্পন” (vibrations) বুঝায়। প্রতি সেকেন্ডে, তরঙ্গের সংখ্যা (number of vibrations) এবং তরঙ্গের পরিমাণ (length of waves) অনুসারে, ভিন্ন ভিন্ন ফল পাওয়া যায়। যেমন—বাপ, বরফ ও জল; একই জিনিষের ঘনত্বানুযায়ী (according to state of density) বিভিন্ন চেহারা মাত্র, কিন্তু মূলে একই বস্তু। তেমনি ঈধারে-উত্থিত যে তরঙ্গগুলি আমাদের চক্ষুরিঙ্গিরের গ্রাহ্য হয়, সে গুলিকে আমরা “জ্ঞাপন” বা “শব্দ” বলি; যে তরঙ্গগুলি কর্ণ-পটে আঘাত করিতে সমর্থ হয়, সে গুলি “শব্দ”রূপে আমাদের নিকটে প্রতীত হয় এবং যে ঈধার-তরঙ্গরাজী নাসারন্ধ্রে প্রবিষ্ট হইয়া, শ্রোণের স্নায়ুগুলিকে জাগাইয়া তুলিতে পারে, তাহাদিগকে আমরা কাণ্ডেশ্বর পর্য্যায়ের ফেলি। ফল কথা, অহনিশ ঈধারে নানা “আকৃতি” ও নানা “সংখ্যক” তরঙ্গ উত্থিত হইতেছে, আমাদের সীমাবদ্ধ (limited) ইন্দ্রিয়বোধের যেখানে সেই ঈধার-তরঙ্গগুলি স্পর্শ করিতে পারিতেছে,

সেখানে সেই আকারে তাহারা আমাদের মধ্যে বোধ জাগাইতে সমর্থ হইতেছে। অর্থাৎ কথা, রূপ, শব্দ ও গন্ধ আমাদের বিভিন্ন ইন্দ্রিয়গ্রাহ্য হইলও; আসলে, তাহারা ঈধারে উত্থিত তরঙ্গ মাত্র।

জলাশয়ে ছোট্ট একটি ঢিল ফেলিলে হ্রস্ব-তরঙ্গ উঠে; কিন্তু খুব বড় একখানা পাথর ফেলিলে, বড় বড় ঢেউ উদ্ভিত থাকে। প্রত্যেক বিশিষ্ট-রূপের, স্রব্ধের ও গন্ধের, বিশিষ্ট-সংখ্যক ও বিশিষ্ট-পরিমাপের তরঙ্গ আছে বলিয়া, যে কোন বস্তু বা শব্দ দ্বারা ঈধারে যে হারে শব্দ তরঙ্গ উত্থিত করাইয়া গ্রাহ্যোন্মোহনের চাক্ষুসিত, (রেকর্ডে) সেই শব্দ-তরঙ্গ খোদিত করিয়া, ঐ খোদিত স্থানে (অর্থাৎ ঈধার-তরঙ্গের দ্বারা অঙ্কিত উচু-নীচ গর্তে) নিডল (needle) চালাইয়া, পুনরায় সেই হারে ঈধারে তরঙ্গ তুলিতে পারি বলিয়া, আমরা রেকর্ডে ধরা গান শুনাইয়া দিতে পারি।

পদার্থ-বিজ্ঞান কথা ছাড়িয়া, এইবারে, আমরা পুনরায় স্বর্ধ্যালোকের বিশ্লেষণের কথায় ফিরিয়া বাইতেছি।

ত্রি-পার্শ্ব কাচে দ্বারা বিশ্লেষিত বর্ণসপ্তকের, এক প্রান্তে লাল রং, এবং অপর প্রান্তে বেগুণে রং চিরকালই দেখা যায়। “দৃশ্য” এই বর্ণসপ্তকের—

(১) লাল রংএর পক্ষে—যে অদৃশ্য ঈধার-তরঙ্গের অতিশয় আছে, সে গুলিকে *Infra-red* raya বা লাল বর্ণাতিরিক্ত রশ্মি বলে। এবং—

(২) বেগুণে রংএর পক্ষে—যে অদৃশ্য ঈধার-তরঙ্গের অতিশয় স্বর্ধ্যালোকে আছে, তাহাদিগকে আণ্ট্রাভায়োলেট রেজ্ (*Ultra violet rays*) বা বেগুণে বর্ণাতিরিক্ত রশ্মি বলে। স্মরণার্থ আবার বলি,

স্বর্ধ্য কিরণে—

(ক) দৃশ্যাত্মক-হইল—বর্ণসপ্তক;

(খ) অদৃশ্যাত্মক হইল—এক দিকে—*Infra red* portion (লাল-অতিরিক্ত অংশ); অপর দিকে—*Ultra violet* portion (বেগুণে অতিরিক্ত অংশ)।

এই দুইটি অদৃশ্য-প্রান্তের “ধর্ম” বিভিন্ন। যথা—

প্রথম—**লালবর্ণের** অতিরিক্ত অংশে (Infra red portion) ঈধার-তরঙ্গ হ্রস্ব (Short Waves) এবং এই দিকের রশ্মিতে সূর্যালোকের **উত্তাপাংশ**ই বেশী। যে হ্রস্ব তরঙ্গযুক্ত রশ্মি এই infra-red অংশে থাকে, তজ্জাতীয় হ্রস্বতরঙ্গ দ্বারাই বেতারে কাণ্ড হয় ও রেডিওয়ের দ্বারা আলোক বিচ্ছুরিত হইয়া থাকে।

দ্বিতীয়—**বেগুনের** অতিরিক্ত অংশে (Ultra violet portion) ঈধার-তরঙ্গগুলি দীর্ঘ (long waves); এবং এই দিকের অদৃশ্য সূর্য্যরশ্মিগুলি অপেক্ষাকৃত শীতল এবং স্নাহাত্মক পক্ষে অমূল্য। যে দীর্ঘ তরঙ্গযুক্ত রশ্মি এই Ultra Violet অংশে পাওয়া যায়, তজ্জাতীয় দীর্ঘ তরঙ্গ Roentgen ray ও Hertzian wavesএ পাওয়া যায়। আপনারা শুনিলে স্তম্ভিত হইবেন যে, এক সেকেন্ডে, ছয় শত পরাঙ্কিবার (six trillion times a second) ঈধারে দীর্ঘ তরঙ্গ (long waves) উঠিলে, তবে Ultra-Violet রশ্মিগুলি উদ্ভূত হয়। এই হিসাব কাল্পনিক নহে, বাস্তব।

এতক্ষণ, আমরা সূর্যালোকের উপাদানের কথা পড়িয়া বুঝিলাম যে, আলো ছাড়া একদিকে উত্তাপ, অপর দিকে স্বাস্থ্য প্রদ রশ্মিগুলি লইয়াই—“সূর্যালোক”। মাটি হইতে যত উচ্চে উঠা যায়, বায়ু ততই নির্ম্মল হয় এবং যেখানকার বায়ু যত নির্ম্মল, সেখানে সূর্যালোকের সকল রশ্মিগুলিরই অবাধ গতি থাকে। মাটির যত নিকটবর্তী হওয়া যায়, ততই ঘন-বসতি দেখা যায়—বিশেষ করিয়া সহরে—এবং স্থানে স্থানে কল কারখানার বাহ্যল্যও দেখা যায়। এই সমস্ত বায়ুগার সূর্য্যরশ্মির গতি বাধা প্রাপ্ত হয় এবং বিশেষ করিয়া বাধাপ্রাপ্ত হয়—উহার Ultra-violet বা বেগুনে রংএর অতিরিক্তাংশ! এই জগ্গই পর্ত্তবাসীরা, বনজঙ্গলবাসীরা ও অপেক্ষাকৃত শুষ্ক ও উচ্চভূমিতে যথাসম্ভব নগরগড়ে বাহারা বাস করেন, মুক্ত বায়ু ও অজস্র Ultra-violet রশ্মি সেবনের ফলে, তাঁহাদের স্বাস্থ্য স্বভাবতঃই এত ভাল থাকে। বাংলাদেশেও, ম্যালেরিয়ার

কথা বাদ দিলে, মৃত্যু ঐ কারণেই পল্লীগামবাণীরা, সহরের অট্টালিকা-বাসীদের অপেক্ষা অনেক অংশে বেশ সুস্থ ও সুপুষ্ট। অর্থাৎ, যে দিন হইতে আমরা সূর্য্যকিরণ ও মুক্তবায়ুর সংস্পর্শ ত্যাগ করিয়া, খড়খড়ি—মার্সি দেওয়া পাকা ঘরে বাস করিয়া, অসংখ্য আবরণ দিয়া দেহ সর্বদাই আবৃত করিতে শিখিয়াছি এবং ধূলি-ধূম-ধূসরিত আকাশের তলে, ধূলি ও ধূম বিতরণকারী দ্রুত-বানে বিহার করাই পরম পুরুষার্থ মনে করিয়াছি—সেই দিন হইতেই ক্রীভগবানের করুণার এই দুইটি দানকে প্রত্যাখ্যান করার প্রায়চিত্ত স্বরূপ ব্যারাম কিনিয়াছি ও কিনিতেছি! আর সেই ষকমারির মাণ্ডল স্বরূপ এখন বৎসরে বৎসরে অর্থব্যয় করিয়া ট্রাম-বাস-বিহীন, উন্মুক্ত বায়ু ও সূর্য্যকিরণ দ্বারা উদ্ভাসিত, অপেক্ষাকৃত শুষ্ক ও উচ্চভূমিতে “হাওয়া পাইয়া” বা সমুদ্র যাত্রা করিয়া, দেহকে কোনও রকমেই ঝাটাইয়া রাখিতেছি। অর্থ ও বুদ্ধির অপব্যয় করিয়া, বৎসরের মধ্যে এগার মাস সূর্য্যকিরণ ও মুক্ত বায়ুকে তাড়াইয়া, আবার অর্থব্যয় করিয়া একমাস সেই বায়ু ও সূর্য্যকিরণ ভোগ করিবার চক্রে বিদেশে যাই।

সূর্য্যকিরণের উপকারিতা ইতর প্রাণীরা পর্য্যাপ্ত বোঝে। তাহারা যখন তখন রৌদ্রে গোয়। আদিম-মানব পর্ত্ত-গুহাবাসী হইলেও, রৌদ্রে সেবন করিত আবহমান কাল হইতে, এ দেশে জন্মকাল হইতে নিয়ম করিয়া শিশুকে প্রত্যহ রৌদ্রে শোয়ান হইত। কিন্তু এখন, প্রায় সর্বত্র—বিশেষতঃ সহরে ও ধনীদিগের গৃহে, শিশুর রং কালো হইবার ভয়ে অথবা শিশুকে রৌদ্রে শোয়ানটা পাড়ার্গেয়ে ব্যবহার বিবেচনায়, তাহা আর করা হয় ন। যে শিশু, ভাল করিয়া শৈশবে রৌদ্রে কেবন করিতে পায়, তাহার রিকেট (ricket) নামক অস্থি-পীড়া হয় না। আপনারা শুনিয়া অশ্চর্য্যাব্বিত হইবেন যে, পাশ্চাত্যদেশে শীতের ভয়ে লোকেরা মার্সি বন্ধ করিয়া থাকে বলিয়া ও বহু সংখ্যক ঘোটা পরিচ্ছদ পরে বলিয়া এবং মাসের মধ্যে সেখানে

অন্ততঃ পনের দিন সূর্যের মুখ দেখা যায় না বলিয়া, সে সব দেশে, রিকেটস ব্যাধির প্রাবল্য শিশুদের মধ্যে খুব বেশী। আরো আশ্চর্য্যবশিত হইবেন যে, এই উল্লুখ আলোও রৌদ্রে দেশে বরং দুইপুষ্টি ধনীর শিশুদের রিকেটস হয়, তবু চির-সুখাতুর দরিদ্রের যে শিশুরা রাত্তায় রাত্তায় মানুষ হয়, তাহাদের রিকেটস পীড়া হয় না। ইহার অর্থ এই যে, যতই ভাল ভাল খাদ্য খাওয়া যাউক না কেন, তৎসঙ্গে প্রচুর পরিমাণে সূর্যালোক সেবন করিতে না পাইলে, সেই খাদ্যের ব্যবতীয় চূর্ণ, আয়োডিন, লৌহ ও ফসফরাস জাতীয় লবণ দেখে উপচিত হয় না। কি ভাবে শিশুকে মানুষ করিতে হয়, শ্রীকৃষ্ণের বালা জীবনই তাহার আদর্শ। এ দেশে শিশুকে রৌদ্রে দেওয়া হইত, চুল শুকাইবার জন্ত, ঘাটে বাইবার জন্ত, মেয়েরা রৌদ্রে বেড়াইতেন। রোগীকে রৌদ্রে শোয়াইয়া, রৌদ্রপক তৈল ও জল ব্যবহার করান হইত। কারণ, সূর্য্যপক করিলে তৈলে ডি-ভাইটামিনের অংশ আসে। সেকালে, রাজারা যুগয়া করিতেন, লোকরা তীর্থভ্রমণ করিতেন, সাধারণ লোকরা “এক-ছুটে” ও ছাতা না লইয়া পথ চলিতেন; এক কথায়, পূর্বে, বসবাস, পঠন-পাঠন, বস-নাড়ান, সমস্তই মুক্ত বায়ু ও সূর্যালোকের তলায় হইত। তাই এই বাঙ্গালা—এককালে সোণার বাঙ্গালাই ছিল। ম্যালেরিয়া আসিবার পূর্বে, লোকেরা বর্দ্ধিমান হাওয়া খাইতে বাইতেন, বারাসত বারাকপুরের প্রতিদ্বন্দ্বী ছিল, কুমুদনগর ও হালিসহর সমৃদ্ধিশালী নগর ছিল, জুগলী ও বর্দ্ধমান জেলায় মনীয় ও ধনীরই বাস ছিল।

এইবারে দেখা যাউক, সহরে এবং সাধারণতঃ নিম্ন ভূমিতে সূর্যের স্বাস্থ্যপ্রদ অণ্টাভায়োলেট (Ultra-violet) রশ্মিগুলির প্রবেশ, কিসের দ্বারা অল্প বিস্তর বাধাপ্রাপ্ত হয়।

সাধারণতঃ নিম্নলিখিত কারণে উল্লিখিত স্থানে অণ্টাভায়োলেট রশ্মির প্রবেশে বাধা জন্মে। যথা—
(১) যে ভূমি বড় আর্দ্র, সেখানকার হাওয়ায় তত বেশী

জলীয় বাষ্প এবং এই জলীয় বাষ্প উক্ত অণ্টাভায়োলেট রশ্মির (Ultra-violet rays) প্রতিবন্ধক।

(২) যেখানে ঘন-বসতি, এবং সেখানে অধিক সংখ্যক প্রদীপ ও উদ্যান আলানর ফলে, বাতাসে অদৃশ্য ধূমকণা (অর্থাৎ ভূম্মা) অত্যন্ত বেশী থাকায়, সেখানেও উক্ত Ultra-violet রশ্মির প্রবেশের প্রতিবন্ধক হয়। যে সহরে কল-কারখানা আছে, সেখানের ত কথাই নাই।

(৩) যে জনাকীর্ণ সহরের রাত্তায় ভাল করিয়া জল দেওয়া হয় না এবং যেখানে অনবরত মোটরের জ্বায় দ্রুত-যান যাতায়াত করে, সেখানকার বাতাসে শুল্কান্ন আধিক্য বেশী থাকে; এই ধূলাও স্বাস্থ্যপ্রদ অণ্টাভায়োলেট রশ্মির (Ultraviolet rays) প্রতিরোধক।

(৪) সারিগির বা যে কোনও সাম্প্রদায়িক কাচের ভিতর দিয়া সূর্যের আলোক ও উত্তাপ আসিলেও, সকল রকমের সাধারণ কাচ উক্ত Ultra-violet rays প্রবেশ করিতে দেয় না। ধূলা, ধোঁয়া, আর্দ্রতা, যেব ও সাধারণ কাচ এবং সকল রকমের পরিচ্ছদ সূর্যের স্বাস্থ্যপ্রদ Ultra-violet raysএর বাধক বলিয়া, সাধারণ সহরবাসী অপেক্ষা, সহরের কারখানার মজুরদের স্বাস্থ্য অত্যন্ত শীঘ্র ভাঙ্গিয়া পড়ে। এই জন্ত আমেরিকায় অনেক বড় বড় কারখানার মজুরদিগকে প্রত্যহ খানিক ক্রমজিম Ultra-violet rays সেবন করাইয়া দেওয়া হয়; তাহার ফলে, মজুরদের স্বাস্থ্য ভাল থাকে ও তাহাদিগের কায় করিবার সামর্থ্য বাড়ে। ফলে, উক্ত ক্রমজিম ultraviolet rays সেবন করানর ব্যয়, দ্বিগুণ হারে উঠিয়া আইসে।

সাক্ষাৎ সন্ধানে সূর্য্যকিরণ না পাইলেও অর্থাৎ “রৌদ্র” না থাকিলেও, সূর্য্যালোকেও যথেষ্ট অণ্টাভায়োলেট রশ্মি (Ultra-violet) বর্তমান থাকে।

তবে, রৌদ্র অপেক্ষা ইহাতে কিঞ্চিৎ অল্প-মাত্রায় থাকে। সৰ্ব্বসময়ের ভিতরে, বৈশাখ মাসের মাঝামাঝি হইতে আশ্বিন মাস পর্য্যন্ত, (বর্ষার ও মেঘলা দিনগুলি বাদে) সূর্যালোকে অধিকতর পরিমাণে Ultra-violet রশ্মি থাকে এবং প্রত্যেক দিনের বেলায় প্রাতঃ ও বৈকালের “পড়ন্ত” রৌদ্রে সূর্যালোকের উত্তাপ-রশ্মি কম থাকে এবং Ultraviolet-রশ্মি অপেক্ষাকৃত বেশী থাকে। কাজেই, এই কয়েক মাসে ও বেলায় সূর্য্যরশ্মি-সেবন স্বাভাবিক ও স্বাস্থ্যপ্রদ এবং এই জন্তই মেঘলার দিনে, শরীরে ও মনে জড়তা আসে।

রৌদ্র সেবনের নিয়মঃ—রৌদ্র সেবনের নিয়ম এই যে, যত দিনে চৰ্ম্ম কালো না হয়, ততদিনই রৌদ্র সেবন করিয়া যাইতে হয়। মাথা বাদে, সমগ্র দেহকে যথা সম্ভব নগ্ন করিয়া, রৌদ্র সেবন করিতে হয়। যাহারা একদম রৌদ্র সহ্য করিতে অনভ্যস্ত, তাহারা প্রথম দিনে পাঁচ মিনিট, পরদিনে দশ মিনিট—এই হারে ক্রমশঃ বাড়াইয়া, একটানা তিন ঘণ্টা ধরিয়া রৌদ্র সেবনের বন্দোবস্ত করিবেন। তবে, রৌদ্র সেবন করিয়া, মাথা ধরিলে, ক্লান্তিবোধ হইলে, বা বুক টিপ্ টিপ্ করিলে (palpitation of heart), বৃম্বিতে হইবে যে, অতি মাত্রায় রৌদ্র সেবন করা হইয়াছে। আমরা গায়ে যত রকমের পোষাক ব্যবহার করি, তন্মধ্যে খুব পাতলা ও সাদা রংএর কাপড় ভেদ করিয়া, Ultra-violet রশ্মিগুলি দেহচৰ্ম্ম পর্য্যন্ত পৌঁছায় এবং সকল রকমের রক্ত্রীণ কাপড়, উক্ত Ultra-violet রশ্মিগুলির বাধক। এই জন্তই বোধ হয়, এদেশে গ্রীষ্মকালে নগ্নগাত্র ও শীতে সাদা চাদর মাত্র সঞ্চল করিয়া থাকার প্রথা ছিল।

আল্ট্রাবায়োলেট রশ্মি সেবনের সুফলঃ—নিয়মিত Ultra-violet রশ্মি সেবন করার ফল এই পাঁচটিঃ—

(১) স্বাভাবিক শান্তিলাভ (Sedation), বাত বা বাতুল বেদনা থাকিলে, উক্ত রশ্মির সাহায্যে, তাহা কমে; রোগীর বেশ সুনিদ্রা হয় এবং হৃৎপিণ্ডের উত্তেজনা থাকিলে, তাহারও উপশান্তি হয়। রক্তচাপ (blood pressure) কমিয়া আসে।

(২) দৈহিক কতকগুলি কার্য্যের স্বাক্ষি ঘটে (Stimulation), যথা—

(ক) শ্বাস-প্রশ্বাস—ধীরে, অথচ বেশ গভীর ভাবে, চলিতে থাকে—যেমন “প্রাণায়ামে” হয়। কাজেই (Oxidation) বা দেহের মধ্যে অক্সিজেনের আদান প্রদান ভালই হয়।

(খ) রক্তচলাচল বেশ ভাল করিয়াই হইতে থাকে।

(গ) থাইরয়েড প্রস্থিতির উত্তেজনা ঘটানর ফলে, সারা দেহে—সকল যন্ত্রের ভিতরে, যেন একটা স্ব স্ব কার্য্যের ঘটা পড়িয়া যায়; ফলে দেহের জড়তা কাটে, ক্ষুধার উদ্রেক হয়, শরীর বেশ স্বচ্ছ ও হালকা বোধ হয় এবং কাজ করিবার স্পৃহা জাগে। এক কথায়, যেন মরা গায়ে জোয়ার আসে।

(৩) শরীরের মল সহজে বাহির হইবার সুযোগ ঘটে (Elimination)। ঘর্ম্ম ও প্রস্রাব বাড়ে, কোষ্ঠকাঠিন্য দূর হয় এবং এসিডোসিস (Acidosis—অর্থাৎ রক্তের ক্রার ধর্ম্মের হ্রাস) দূর করে। যকৃৎ প্রভৃতি কোন যন্ত্রে অযথা রক্তাধিক্য ঘটিলে, তাহা কমায়।

(৪) Regeneration বা দেহতন্ত্রের পুনর্গঠনে সাহায্য করে। যথা,—

(ক) রক্তের লাল কণিকাগুলির (red blood corpuscles) সংখ্যা, ও তৎস্থিত রক্ত-পদার্থ হিমোগ্লোবিনের মাত্রা বাড়ায়। কাষেই, দেহ বলিষ্ঠ ও সুস্থ হয়।

(খ) বাত হইতে প্রাপ্ত লৌহ, আয়োডিন, ফসফরাস ও চূণজাতীয় লবণ বাহাড়ে সহজে ও

বেশী বেশী দেহে গৃহীত হইতে (assimilated) পারে, সে পথ সুগম করে। কাষেই, দাঁতের ব্যারাম, রিকেটাস্ নামক শৈশবের অস্থি-দীড়া, রক্তাক্ততা, দৌর্যল্য—সবই অন্তর্ধান করে এবং সর্দি কাশির প্রবণতা নষ্ট হয়। সর্দি কাশি থাকিলে, তাহা আরোগ্য হয়।

(গ) মাসপেশী সমূহকে বিনা অঙ্গচালনায় দৃঢ়, বলিষ্ঠ ও স্থূল করে। এই কারণে Ultra violet রশ্মিকে অঙ্গমর্দনকারী বলে (The sun is the greatest masseur)

(ঘ) পুরাতন ক্ষত ও চর্মরোগ সারাইয়া, চর্মের মৃদুতা আনে ও ব্যারামে লোম চর্মকে দৃঢ় করে।

(ঙ) রোগ-জীবাণু-নাশ—(Sterilization):—
সূর্যালোকে রোগ বিধ নষ্ট হয় ও রোগজীবাণু বাঁচে না। কাষেই, সূর্যালোক সেবনে পুরাতন-ব্যাধি সারে ও সকল প্রকারের রোগপ্রবণতা কমিয়া যায়। এই জন্তই রোগীর বস্ত্রাদি রোদ্রে দেওয়ার প্রথা আছে এবং সর্বদা রোদ্রে

বাহারা ঘোরে ফেরে, তাহাদের ব্যারাম প্রায় হয়ই না।

ফল কথা—সূর্যালোক আমাদেরকে সকল রকমে জাগাইয়া তোলে, বাঁচাইয়া রাখে ও মাজুষ হইয়া চলিবার পথে তুলিয়া দেয়।

বাহারা সূর্য্যকিরণে স্নাত হইবার সুযোগ পান না, বা অনিচ্ছুক বা অক্ষম, তাঁহারা সুখ-শয্যায় শয়ন করিয়া, বিদ্যুতের আলোকের সাহায্যে, Murcury Vapour Quatra Lamp হইতে, কৃত্রিম Ultraviolet রশ্মি সেবন করিতে পারেন। এই কৃত্রিম Ultra-violet রশ্মি ব্যয়সাধ্য হইলেও, সূর্য্যরশ্মি অপেক্ষা বহু প্রকারে সুখ-সেব্য ও বহুগুণে বেশী কার্যকরী। তবে জন্ত সূর্য্যকিরণ সেবনের জন্ত চিকিৎসকের পরামর্শ প্রয়োজন না হইলেও, কৃত্রিম Ultra-violet রশ্মি সেবন করিতে হইলে, উক্ত বিষয়ের বিশেষজ্ঞ সূচিকিৎসকের শরণাপন্ন হওয়া অতীব প্রয়োজনীয়। (স্বাস্থ্য সমাচার)

এমিবি ক ডিসেণ্টেরীর বিশেষ চিকিৎসা

The specific treatment of Amoebic Dysentery.

লেখক—ডাঃ জিনিয়াল চন্দ্র দেব চৌধুরী M. O.

Late House-surgeon Medical School Hospital Bankura,

(Tripura State Medical Service)



এমিবি ক ডিসেণ্টেরী আমাদের দেশের একটা নিত্য নৈমিত্তিক রোগ। অনেক সময় ইহা অত্যন্ত ব্যাপকভাবে বহু লোককে আক্রমণ করে। রোগের আক্রমণের প্রথম অবস্থায় সূচিকিৎসা না হইলে কুফল ফলিয়া থাকে। অনেক সময় দেখা যায়—সাধারণ লোক

ইহার চিকিৎসা বিষয়ে সেরূপ যত্নবান হয় না এবং ইহার ফলে রোগ পুরাতন আকার ধারণ করিয়া নানাবিধ জটিল রোগের সৃষ্টি করে। যকৃৎভেদ কোটক ও প্রদাহ (Liver abscess and Hepatitis), এমিবি ক ডিসেণ্টেরীর একটা প্রধান উপসর্গ।

পুরাতন এমিবিবিক ডিসেণ্টেরীতে রোগী প্রায়ই বহু বর্ষব্যাপী উদরাময়ে ভুগিয়া থাকে এবং ইহা হইতে অব্যাহতি লাভ করিবার অল্প অহিফেনের শরণাপন্ন হয়। ইহাতে রোগী একটা কুঅভ্যাসের বশবর্তী হয়; পরন্তু অহিফেন ব্যবহারের ফলে তাহার উদরাময়ের কথঞ্চিৎ লাঘব হইলেও, এমিবিবিক ডিসেণ্টেরীর জীবাণু (*Entamoeba histolytica*) শরীর হইতে নিশ্চূর্ণ না হওয়ায়, প্রায়ই অজ্ঞাত নানাবিধ উপসর্গাদি দ্বারা আক্রান্ত হইয়া কষ্ট পায়।

অধুনা বিজ্ঞানসম্মত ভাবে আবিষ্কৃত কয়েকটা বিশিষ্ট (shcetic) ঔষধ দ্বারা এমিবিবিক ডিসেণ্টেরীর চিকিৎসা করিলে রোগ আর পুরাতন আকার ধারণ করিতে পারে না এবং পুরাতন আকার ধারণ করিলেও, ঐ সব বিশিষ্ট ঔষধ দ্বারা নিয়মিত ভাবে চিকিৎসা করিলে রোগ সম্পূর্ণ ভাবে আরোগ্য হয়।

বিশিষ্ট ঔষধ সমূহ (Specific medicines) :—অধুনা এমিটিন (*Emetine*); এমিটিন বিসম্ভাথ-আয়োডাইড (*E. B. I*); কুর্চি-বিসম্ভাথ-আয়োডাইড (*Kurche-Bismuthous Iodide*); ষ্টোভারসল (*Stovarsol*); ট্রিপারসল (*Treparsol*); ইয়াট্রেন—১০৫ (*Yatren 105*); এই কয়টা বিশিষ্ট ঔষধই এমিবিবিক ডিসেণ্টেরীতে বিশেষ সাফল্যের সহিত ব্যবহৃত হইতেছে। নিয়ে উল্লিখিত কয়েকটা ঔষধ দ্বারা এমিবিবিক ডিসেণ্টেরীর চিকিৎসা বিবরণ কথিত হইতেছে।

(১) এমিটিন (*Emetine*) :—ষ্টোভারসল ইয়াট্রেন ইত্যাদি বাহির হইবার পূর্বে ‘এমিটিন’ ই এমিবিবিক ডিসেণ্টেরী ও তজ্জনিত উপসর্গাদির একমাত্র মহৌষধ ছিল। বস্তুতঃ, তরুণ এমিবিবিক ডিসেণ্টেরীতে ইহা মন্ত্রের স্থায় কার্য করিয়া থাকে। ৩৪টা ইঞ্জেকসন দেওয়ার পরই আয় ও রক্ত পড়া বন্ধ হইয়া যায় এবং রোগী বেশ স্বাচ্ছন্দ্য অনুভব করে। প্রত্যহ ১ গ্রেণ

যাত্রায় অন্ততঃ ১২ দিন পর্যন্ত পেশীমধ্যে বা ত্বক নিয়ে এমিটিন হাইড্রোক্লোর ইঞ্জেকসন করিতে হয়। ত্বকনিয় হইতে পেশীমধ্যে গভীর ভাবে ইঞ্জেকসন দিলে বেদনা কম হয়। এমিটিন এর সাংগ্ৰাহিক ক্রিয়া বর্তমান আছে এবং ইহা হৃদপিণ্ডের অবসাদ আনয়ন করে। কেহ কেহ শিরাপথেও এমিটিন ইঞ্জেকসন দিয়া থাকেন। কিন্তু ইহাতে সময় সময় কুফল ফলিতে দেখা গিয়াছে। পুরাতন রোগে এই ঔষধ ব্যবহারে সেরূপ উপকার পাওয়া যায় না। তরুণ রোগে কয়েকটা ইঞ্জেকসন করিবার পর রোগীর প্রায় সমস্ত উপসর্গাদি দূর হইলেও, রোগ-জীবাণু ইহা দ্বারা শরীর হইতে একেবারে নিশ্চূর্ণ হয় না—রোগাৎপাদক জীবাণু সমূহ শরীরে গুপ্তভাবে বদ্ধত ইত্যাদি স্থানে থাকিয়া উহার প্রদাহ ও ফোটক জন্মায়।

Dr Dale ও Dr Dabell * এমিটিন হাইড্রোক্লোর দ্বারা এমিবিবিক ডিসেণ্টেরী চিকিৎসার ফলাফল নিম্নলিখিতামূরূপ প্রকাশ করিয়াছেন। যথা—

(ক) আরোগ্য সংখ্যা—২০.২৭%

(খ) সন্দেহজনক আরোগ্য—২.৪৬%

(গ) নিঃসন্দেহে অনারোগ্যের সংখ্যা—৭০.২৭%

কলিকাতা ট্রপিক্যাল স্কুল অব মেডিসিনএ Dr knowles (*Ind. Med. Gaz. August. 1928*) বহু সংখ্যক এমিবিবিক ডিসেণ্টেরীর রোগীকে বিভিন্ন প্রকার ঔষধ পৃথক পৃথক ভাবে ও কোন কোন ঔষধ পর্যায়ক্রমে একসঙ্গে ব্যবহার করিয়া দেখিয়াছেন যে, এমিটিন ইঞ্জেকসন ও মুখপথে ষ্টোভারসল ব্যবহার করিলে সর্বাঙ্গের ভাল ফল পাওয়া যায়।

(২) এমিটিন বিসম্ভাথ-আয়োডাইড (*Emetine Bismuth-Iodide*) :—পুরাতন রোগে ইহা ব্যবহারে এমিটিন হইতে ভাল ফল পাওয়া

* Dr. H. H. Dale, and C. Dabell, “Experiments on the Therapeutics of Amœbic Dysentery”. *Journal. Pharm and Expy. Therapy*, (1917)

যায়। মুখপথে ইহা প্রত্যহ ৩ গ্রেণ মাত্রায় ২ সপ্তাহ পর্যন্ত সেবন করিতে হয়। Dr Dale ও Dabellএর রিপোর্টে ইহা ব্যবহারে শতকরা আরোগ্যের সংখ্যা ৫৩.৭% ও সন্দেহজনক আরোগ্যের সংখ্যা ৩৪.৬% দেখা যায়।

(৩) কুর্চি (Kurchi) :—কুর্চি আমাদের আয়ুর্বেদ চিকিৎসাশাস্ত্র মতে আমাশয়ের একটি শ্রেষ্ঠ ঔষধ। চরক, সুশ্রুত প্রভৃতি আয়ুর্বেদ শাস্ত্রকারগণ তাঁহাদের রচিত আয়ুর্বেদীয় গ্রন্থে আমাশয় রোগে ইহা ব্যবহারের বহু উল্লেখ করিয়াছেন। কুর্চির ছাল (Kurchi bark) ও ইন্দ্রযব (কুর্চির বীজ) আমাশয় রোগে একটি ভাল মুষ্টিযোগ বলিয়া এখনও আমাদের দেশে প্রচলিত আছে। বর্তমান সময়ে আধুনিক বিজ্ঞান সম্মত ভাবে কুর্চির বীর্ষ (kurchi alkaloid) হইতে নানা প্রকার ঔষধ বাহির হইয়া এমিবিঙ্ ডিসেণ্টেরীর যাবতীয় আবিষ্কৃত ঔষধের মধ্যে শ্রেষ্ঠ স্থান অধিকার করিয়াছে বলিলেও অতুক্তি হয় না।

কুর্চির ছালে “কনেসিন (Conessine) ; কুর্চিচিন (kurchichine) ও কুর্চিন (kurchine) ; এই তিন প্রকার বীর্ষ বর্তমান আছে। Dr Brown * ইন্দুরের উপর পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন যে, কনেসিনের বিষক্রিয়া এমিটিন হইতে ৫০% অর্থাৎ অর্ধেক কম। ইহার (কনেসিন) ১ : ২৮০০০ শক্তির সলিউশন ফ্লোরের (Alkali) সহযোগে ৮ মিনিটে ও ফ্লোরের অবর্তমানে ১৮ মিনিটে এমিবিঙ্ ডিসেণ্টেরীর জীবাণু ধ্বংস করিতে পারে। ফ্লোরের অবর্তমানে এমিটিনের ১ : ২০০০০০ শক্তির

সলিউশন রোগ-জীবাণুর উপর কোন ক্রিয়াই করিতে সমর্থ হয় না। Chopra, David, Ghosh প্রভৃতি বিশেষজ্ঞগণ কুর্চি সম্বন্ধে অনেক গবেষণা পূর্বক স্থির করিয়াছেন যে, কুর্চির মোট বীর্ষ (total alkaloids) এমিটিনের ত্রায় সম্পূর্ণ কার্যকরী। পরন্তু, ইহা একরূপ বিষক্রিয়াহীন হওয়াতে নিরাপদে অধিক মাত্রায় বহুদিন পর্যন্ত ব্যবহার করা যায়।

সাধারণতঃ মুখপথে কুর্চির তরল সার, (Ext. Kurchi Liquid) ; কুর্চি ও কুর্চি বিস্মাথ্ আয়োডাইড টেবলেট ও ইঞ্জেকসনরূপে “কনেসিন” এবং “কুর্চিন” ব্যবহৃত হয়। কলিকাতা ক্যাম্পবেল (Campbell) হাসপাতালের সুবিখ্যাত চিকিৎসক ডাক্তার ক্রীষ্টোফ অখিলরঞ্জন মজুমদার এম্ বি . মহোদয় বাজারে প্রচলিত একটুকু কুর্চি লিকুইড পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন যে, তাহাতে কুর্চির বীর্ষ (Alkaloid) অতি কম মাত্রায় বিদ্যমান থাকায় উহা ব্যবহারে শীঘ্র ভাল ফল পাওয়া যায় না। তিনি ষ্টাণ্ডার্ডাইজ্ড (নির্দিষ্ট শক্তিসম্পন্ন) একটুকু কুর্চি লিকুইড তৈয়ার করিয়া ক্যাথেল হাসপাতালে বহু রোগীকে ব্যবহার করাইয়া ভাল ফল পাইয়াছেন। একটুকু কুর্চি লিকুইড প্রত্যহ এক আউন্স মাত্রা পর্যন্ত ব্যবহারেও কোন কুফল হয় না। সাধারণতঃ তরুণ রোগে ইহা প্রত্যহ মোট ৬ ড্রাম হইতে ১ আউন্স মাত্রায় (ইহাতে ৩—৪ গ্রেণ মোট বীর্ষ থাকে) ব্যবহার করা হয়। Dr. Knowles কলিকাতা ট্রপিক্যাল স্কুল অব মেডিসিনে ৯টা এমিবিঙ্ ডিসেণ্টেরী রোগীকে কনেসিন হাইড্রোক্লোরাইড ইঞ্জেকসন দিয়া ও ১০টা রোগীকে একটুকু কুর্চি লিকুইড এবং ৬টা রোগীকে কুর্চি ট্যাবলেট (B. W. & Co) সেবন করাইয়া উৎকৃষ্ট ফল পাইয়াছেন।

* H. C. Brown—“Observation on the Amœbicidal action of conessine” *British Medical Journal*. Jan 24 P. 990, 1921

+ R. N. Chopra, J. C. Gupta, J. C. David and Dr. Ghosh Pharmacological action of conessine. *Ind. Med. Gaz Vol. Lxxi. p 132 (1927)*

* Dr. A. R. Majumder—“The use of a standardised preparation of the total Alkaloids of Kurchi Bark in Amœbic Dysentery”. *Advance Therapy April 1930, vol 2, No 3, p. 60.*

এই সকল রোগী ভাল হইবার পর ১০ দিবস পর্য্যন্ত তাহাদের মল পরীক্ষা করিয়া মলে কোন রোগ-জীবাণু পাওয়া যায় নাই। কনেনসিন হাইড্রোক্লোর ২ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ একবার ইঞ্জেকসন এবং কুর্চি ট্যাবলেটে একটি মাত্রায় প্রত্যহ ৩ বার (৩ গ্রেণ মোট বীৰ্য) সেবন করিতে হয়।

(৪ কুর্চি-বিসমাথ-আয়োডাইড (Kurchi Bismuth-Iodide) :—এমিটিন এবং কুর্চি, ইহারা উভয়েই ক্ষারের সহযোগে ভাল কাজ করে। Action ও Chopra মহোদয়দ্বয় গবেষণা পূর্বক সিদ্ধান্ত করিয়াছেন যে “অল্পমধ্যে এমিবি ক ডিসেন্টেরীর ক্ষত হইতে জীবাণুর দ্বৈবারিক সংক্রমণ-প্রসূত (Secondary infection) অল্পের উৎপত্তির জন্ম, এমিটিন এবং কুর্চির বীৰ্য এমিবি ক ডিসেন্টেরীর জীবাণুর উপর (Entamoeba histolytica) পূর্ণ মাত্রায় তাহাদের ধ্বংস-ক্রিয়া প্রকাশ করিতে পারে না।

বাহাতে কুর্চির বীৰ্য সম্পূর্ণভাবে এমিবি ক ডিসেন্টেরীর জীবাণু ধ্বংস করিতে সক্ষম হয়, সেই উদ্দেশ্যে Action ও Chopra মহোদয়দ্বয় পটাশিয়াম বিসমাথ আয়োডাইড (Potassium Bismuth Iodide) ও কুর্চির বীৰ্যের রাসায়নিক সংমিশ্রণে “কুর্চি-বিসমাথ-আয়োডাইড” নামে একটি নূতন ঔষধ আবিষ্কার করিয়াছেন। এই ঔষধ বৃহৎ অঙ্কে না পৌছান পর্য্যন্ত দ্রব হয় না। বলা বাহুল্য, এই বৃহদন্ত্রস্থ ডিসেন্টেরীর ক্ষত হইতে অল্প উৎপন্ন হয়। “কুর্চি বিসমাথ-আয়োডাইড” দিবসে ২বার ৪ গ্রেণ মাত্রায় (২.৬ গ্রেণ মোট বীৰ্য) অন্ততঃ ১০ দিন সেবন করা কর্তব্য। ১০ গ্রেণ মাত্রায় ১০ দিবস পর্য্যন্ত দিবসে ২ বার করিয়া সেবন করিলেও, ইহাতে কোন অপকার হইতে দেখা যায় না। Action ও chopra *

* H. W. action and R. N Chopra. “Kurchi-Bismuthous Iodide.” its value in the treatment of chronic amoebic infections of the bowel.

Indian medical Gaz. Sep. (1929) Vol. LXIV. P. 481.

পু্রাতন এমিবি ক ডিসেন্টেরীতে ইহা ব্যবহার করিয়া বিশেষ সফল পাইয়াছেন। পু্রাতন এমিবি ক ডিসেন্টেরীতে আক্রান্ত ১৮ জন রোগীকে দিবসে ২ বার ৪ গ্রেণ মাত্রায় ১০ দিবস পর্য্যন্ত এই ঔষধ সেবন করাইয়া ১২টী রোগীকে সম্পূর্ণভাবে আরোগ্য করিয়াছেন। বেঙ্গল কেমিক্যাল (Bengal chemical) ও (union Drg Co” এনাবিন (Anabin) ও ইউনিয়ন ড্রাগ কোম্পানি কুর্চিবিন (Kurchibin) নামে এই ঔষধ বাজারে বাহির করিয়াছেন। উভয় কোম্পানীর ঔষধই বিশ্বাসযোগ্য। হুঃখের বিষয়, ইহা এমিবি ক ডিসেন্টেরীর একটি বিশেষ ফলপ্রদ ঔষধ হইলেও, দাম বেশী হওয়ায় সর্ব সাধারণের মধ্যে এই ঔষধ ব্যবহারের সব সময় সুবিধা হয় না।

(৫) ষ্টোভারসল ও ট্রিপারসল (Stovarsol ও Treparsol) :—ষ্টোভারসল লণ্ডনের মে এণ্ড বেকার কোম্পানীর আবিষ্কৃত এমিবি ক ডিসেন্টেরীর একটি উৎকৃষ্ট ঔষধ। পু্রাতন এমিবি ক ডিসেন্টেরী ও তজ্জনিত উপসর্গাদিতে ইহা বিশেষ ফলপ্রদ। তরুণ রোগে এমিটিন ইঞ্জেকসন ও সুখপথে ষ্টোভারসল ব্যবহারে সর্বাঙ্গপেক্ষ ভাল ফল পাওয়া যায়। ষ্টোভারসলের ১ : ৬০০ ডাইলিউসন ২৪ ঘণ্টার মধ্যে এণ্টামিবা হিষ্টোলাইটিকা ধ্বংস করিতে সক্ষম হয়। ৪ গ্রেণ মাত্রায় ষ্টোভারসল ট্যাবলেট আহা়ারান্তে প্রত্যহ ২ বার অন্ততঃ ১ মাস পর্য্যন্ত সেবন করিতে হয়।

ট্রিপারসলও ষ্টোভারসলের ত্রায়, সমধর্মাবিশিষ্ট এমিবি ক ডিসেন্টেরীর একটি ভাল ঔষধ। Dr. Brown + ১৩০ জন এমিবি ক ডিসেন্টেরী রোগীকে ষ্টোভারসল ও ৩৫ জনকে ট্রিপারসল দ্বারা চিকিৎসা করিয়া বথাক্রমে ১০২ ও ৩০ জনকে সম্পূর্ণভাবে আরোগ্য করিয়াছেন।

+ Brown—Annals of Internal Medicine, August 1928.

টোভারসল ও ট্রিশারসল আসেনিক ষটিত ঔষধ
বিধায় ইহা রক্তহীনতার ও ক্ষীণ জরে উপকারী।
কখনও কখনও এই ঔষধ দীর্ঘ দিবস ব্যবহারের ফলে
চর্মের প্রদাহ ও চর্মে এক প্রকার গুটিকা (eruptions)
বাহির হইতে দেখা যায়। কিন্তু কয়েক দিন ঔষধ বন্ধ
রাখিলে ঐ সকল উপসর্গ দূরীভূত হইয়া থাকে।

(৬) ইয়াট্রেন ১০৫ (Yatren 105) :—

‘ইয়াট্রেন ১০৫’ জার্মানীর বেরিং ইনস্টিটিউটের
(Behring Institute) আবিষ্কৃত আশাশয়ের
একটা বিশিষ্ট ঔষধ। ইহা এমিবিঙ্ক ও ব্যাসিলারি
উভয় প্রকার ডিসেন্টেরীতে তুল্য উপকারী।
ইয়াট্রেনের বিষক্রিয়া একরূপ নাই বলিলেই হয়।
নিরাপদে এই ঔষধ শিশু, গর্ভবতী স্ত্রীলোক ও শারীরিক
অত্যন্ত দুর্বল অবস্থায় প্রয়োগ করা যাইতে পারে।
এমিবিঙ্ক ডিসেন্টেরীতে ইহার কার্যকরী শক্তি দেখিলে
মুগ্ধ হইতে হয়। ১৯২৯ ইং নবেম্বর মাসের সুবিখ্যাত
‘ইণ্ডিয়ান মেডিক্যাল রেকর্ড’ (Indian Medical
Record) পত্রে ডাঃ ক্রীযুক্ত কার্তিক চন্দ্র ব্যানার্জী *
“ইয়াট্রেন ১০৫” দ্বারা চিকিৎসা করিয়া একটা মরণোন্মুখ
রোগীকে কি ভাবে আরোগ্য করিয়াছেন, তাহা পাঠ
করিলে বস্তুতঃই ইয়াট্রেন এমিবিঙ্ক ডিসেন্টেরী রোগে
কতদূর উপকারী; তাহা উপলব্ধি করা যায়। এই রোগীর
কলেরার ছায় সমস্ত লক্ষণ বর্তমান ছিল; বাঁচিবার
কোনই আশা ছিল না; শরীরের উত্তাপ ৯৪ ডিগ্রী ও
হৃদপিণ্ডের ক্রিয়া অতি মৃদুভাবে হইতেছিল। মনিবন্ধে
নাড়ীর (Radial and Brachial pulse) স্পন্দন ক্রমে
ক্ষীণ হইতে ক্ষীণতর হইয়া অল্পভূতিবিহীন হইয়া
গিয়াছিল।

এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) ১ সি সি,
এট্রোপিন্ ১/১০০ গ্রেন, এবং হাইপারটনিক স্ট্রালাইন
ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন ও অত্যন্ত উত্তেজক ঔষধ দ্বারা
রোগীকে কোন প্রকারে মৃত্যুর কবল হইতে রক্ষা করা
হইতেছিল। রোগীর মল অম্লবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা
করার সুবিধা ছিল না। ডাঃ ব্যানার্জীর হাতে রোগী
আসিবার পর তিনি অম্লবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা মল পরীক্ষা
করিয়া দেখিলেন যে, মলে অগণিত এণ্টামিবা
হিস্টোলাইটিক বর্তমান আছে। রোগীর বর্তমান
কোলাপ্স অবস্থায় এমিটিন ইন্জেকশন দেওয়া যুক্তিসঙ্গত
না হওয়ায়, তিনি ২৫০ সি সি উচ্চ পরিশ্রুত জলে
২ গ্রাম ইয়াট্রেন দ্রব করিয়া, ঐ সলিউশন ঈষদ্রুত
অবস্থায় সরলান্নে প্রয়োগ করেন। এইভাবে দুইদিন
চিকিৎসার পর, যে রোগীর বাঁচিবার কোনই আশা ছিলনা;
সেই রোগীকে তৃতীয় দিন অন্ন পথ্য দেওয়া হয়। উক্ত
রোগীর চিকিৎসা-উপলক্ষে ডাঃ ব্যানার্জী “ইয়াট্রেন ১০৫”
সম্বন্ধে বাহা মন্তব্য করিয়াছেন, তাহা পূর্ণ সমর্থন
যোগ্য। তাঁহার মতে—“Yatren Paris (105) is
according to my humble experience, is
a sure remedy against Entamoeba Histolytica
infection and can safely be administered
where Emetine can never be applied”.

Dr. Kessel ও Dr. Willner ১৯টা এমিবিঙ্ক
ডিসেন্টেরী রোগীকে ইয়াট্রেন দ্বারা চিকিৎসা করিয়া
১৭টা রোগীকে সম্পূর্ণভাবে আরোগ্য করিয়াছেন।
৬মাস পর্যন্ত উক্ত আরোগ্যপ্রাপ্ত রোগিগণের মল পরীক্ষা
করিয়াও তাহাদের মলে আর কোন জীবাণু পাওয়া
যায় নাই।

তরুণ পীড়ায় ইয়াট্রেন প্রয়োগ প্রণালী :—

তরুণ রোগে ইয়াট্রেন নিম্নলিখিতরূপে সেবন করিতে হয় †

* Dr Kartik Ohandra Banarjee—“Entamoeba
Histolytica infection stimulating Cholera”. *Indian
Medical Record Nov. 1929. P 344.*

† Revised scheme of Dosage of Yatren 105 in
Amoebic Dysentery and other affections of the bowel
(issued by Behring Institute Germany.)

১ম দিন ইয়াটেন ১টি পিল মাত্রায় প্রত্যহ ৩বার

২—৫ দিন ,, ২টি ,, ,, ,, ,,

৬—৭ দিন ,, ৩টি ,, ,, ,, ,,

পুরাতন পীড়ায় ইয়াটেন প্রয়োগ-প্রণালী :—

পুরাতন রোগে ২টি করিয়া ইয়াটেন পিল একত্রে প্রত্যহ ৩ বার সেবন করিতে হয়। এইরূপে অন্ততঃ ১০০টি পিল সেবন করা কর্তব্য।

সরলাঙ্গে ইয়াটেন প্রয়োগ প্রণালী :—

রোগ সাংঘাতিক আকার ধারণ করিলে, ইয়াটেন সেবনসহ প্রত্যহ সন্ধ্যায় নিম্নলিখিতরূপে ইয়াটেন সলিউসন প্রস্তুত করিয়া সরলাঙ্গে প্রয়োগ করিলে বিশেষ সফল পাওয়া যায়।

১ম দিন—১ গ্রাম ইয়াটেন ২০০ সি, সি, জলে দ্রব করিয়া

২য় দিন ২ গ্রাম ,, ৩০০ ,, ,,

৩য় দিন ৩ গ্রাম ,, ৪০০ ,, ,,

৪র্থ দিনে ৩ গ্রাম ,, ৫০০ ,, ,,

৫ম দিনে ৩ গ্রাম ,, ৬০০—৮০০ ,, ,,

যদি এই পরিমাণে সলিউসন রোগী সরলাঙ্গে রাখিতে সমর্থ হয়, তাহা হইলে ৬ষ্ঠ ও ৭ম দিনেও, ৫ম দিনের

ত্রায় ইয়াটেন সলিউসন সরলাঙ্গে প্রয়োগ করিতে হইবে। সলিউসন সরলাঙ্গের ভিতরে অন্ততঃ ৬—৮ বর্ষটা ধাকা কর্তব্য। যদি বেশীকণ উহা ভিতরে না থাকে; তাহা হইলে ইয়াটেন সলিউসনের সহিত ২৫—৩০ ফোঁটা টিং ওপিয়াম মিশাইয়া প্রয়োগ করিলে উহা সরলাঙ্গে স্থায়ী হইবে।

শিশুদিগকে ইয়াটেন প্রয়োগ প্রণালী :—

দুগ্ধপোষ্য শিশুদিগকে ০.০৫ গ্রাম ইয়াটেন প্রত্যহ ৩বার দুধের সহিত মিশ্রিত করিয়া সেবন করান যাইতে পারে। ১ হইতে ৪ বৎসর বয়স্ক শিশুকে ০.১—০.২ গ্রাম, ৫ হইতে ৮ বৎসর বয়স্ক বালককে ০.৩—০.৪ গ্রাম, ৯ হইতে ১২ বৎসর বয়স্ক বালককে ০.৫—০.৬ গ্রাম মাত্রায় ইয়াটেন প্রত্যহ ৩ বার সেবন করান কর্তব্য।

ইয়াটেন ব্যবহারে উপসর্গ :—ইয়াটেন প্রয়োগের পর মলের রং সবুজ বর্ণ হয়। কখনও কখনও ইহা ব্যবহারে পেটের অসুখ ও পেটের বেদনা দেখা দেয়। ঔষধের মাত্রা কমাইয়া দিলেই উপরোক্ত উপসর্গ সমূহ দূর হইয়া যায়।

আমবাত রোগে (Urticaria) ফলপ্রদ ব্যবস্থা

১। Re.

আর্গটিন ... ১ ½ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট ভেনিসিয়ান ... ৩/৪ গ্রেণ।

এক্সট্রাক্ট ওপিয়াই ... ১/৮ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া একটা বটিকা (pill)। এই বটিকা ১—২টি মাত্রায় একবার করিয়া প্রত্যহ সেবন এবং ২য় ব্যবস্থোক্ত ঔষধটি আক্রান্ত স্থানে মালিশ করিলে অতি শীঘ্র আমবাত আরোগ্য হয়।

২। Re.

মেছল ... ২ ড্রাম।

ক্লোরফর্ম (পিওর) ... ১ আউন্স।

ইথার ... ১ আউন্স।

স্পিরিট ক্যাম্ফর ... ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া, ইহার কিছু পরিমাণ লইয়া আক্রান্ত স্থানে মালিশ করিতে হইবে।

(Gaucher)

রোগনির্ণয় তত্ত্ব—Diagnosis.

প্লুরিসি—Pleurisy.

লেখক ডাঃ শ্রীঅশোকচন্দ্র মিত্র M. B.

Late House Surgeon Carmichael Medical College
Hospital & Mayo Hospital. Calcutta.

—:~:~:~:—

সাধারণ লক্ষণ সমূহ দ্বারা 'প্লুরিসি' রোগ সঠিক ভাবে নির্ণয় করা সহজ নহে এবং সঠিকরূপে রোগ নির্ণয় না হওয়া পর্যন্ত এলোপ্যাথিক যতে স্তচিকিৎসা হওয়াও কঠিন। নিম্নলিখিত লক্ষণগুলির প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখিলে, এই রোগের সহিত অল্প পীড়ার—বিশেষতঃ, নিউমোনিয়ার গোলযোগ হইতে পারে না।

প্লুরিসির লক্ষণ

- (১) পুনঃ পুনঃ কম্প ও দ্রুত উত্তাপের বৃদ্ধি।
- (২) আক্রান্ত পার্শ্বে উৎকট বেদনা।
- (৩) তীব্র বেদনা; শুষ্ক কাশি; ঠেংকোপে বন্ধ পরীক্ষার "ঘর্ষণ" শব্দ, কদাচ "রালস্" শ্রুত হয়।
- (৪) আক্রান্ত পার্শ্বেই রোগী শয়ন করিতে ভাল বাসে।
- (৫) নির্গত শ্লেষ্মা ফেণাযুক্ত।
- (৬) স্বর-কম্পনের (ভোক্যাল রেজোন্স) ক্ষীণতা বা লোপ (বিশেষ লক্ষণ)।
- (৭) হৃৎপিণ্ডের স্থানচ্যুতির সম্ভাবনা।
- (৮) স্বল্প অর সংযুক্ত সামান্য বৈকারিক লক্ষণ বা বিকারের সম্পূর্ণ অবর্তমানতা।

নিউমোনিয়ার লক্ষণ

- (১) উত্তাপ আরও অধিকতর দ্রুত বৃদ্ধি পায় এবং প্রায় একবার দীর্ঘকাল স্থায়ী প্রবল কম্প।
- (২) বেদনা অপেক্ষাকৃত মৃদু।
- (৩) কাশি। বন্ধ আকর্ষণে কুস্কুসে ফ্রিপিট্যান্ট রালস্ (চিড় চিড় শব্দ) এবং এই সঙ্গে ত্রংকিয়াল ব্রিদিং ও সচরাচর "রালস্" শ্রুত হয়।
- (৪) শয়নের কোনও বিশেষ অবস্থা দেখা যায় না।
- (৫) নির্গত শ্লেষ্মা লোহ কলক বর্ণবৎ (ইহা ১৩ী প্রধান লক্ষণ)।
- (৬) স্বর-কম্পনের বৃদ্ধি।
- (৭) কখনও হৃৎপিণ্ড স্থানচ্যুত হয় না।
- (৮) প্রবল অরীয় বিকার।

জড়ুর (Freckles) দূরীকরণার্থ ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

এসিড ল্যাক্টিক ২ ড্রাম।
গ্লিসারিন ২ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া, ইহার কিছু পরিমাণ লইয়া চর্শোপরিহ হরিদ্রা বর্ণের দাগ, জড়ুর বা অন্ত বর্ণের দাগ কিবা ফুট ফুট দাগের উপর প্রত্যহ ২১৩ বার মাখিষ করিলে ঐ সকল দাগ শীঘ্র দূরীভূত হয়। (N. Y. Med. Journ Jan. 1930)



ভেরামন—veramon

লেখক—সার্জেন এইচ. এন, চাটার্জি B. Sc. M. D., D. P. H.

Late of his Majesty's Royal Naval H. T.

and Mercantile marine service—Chins, Japan, New york, durban etc,

Calcutta



রাসায়নিক উপাদান (Chemical Composition) :—ডায়-ইথিল-মেলোনিল ইউরিয়া এবং ডায়মিথিল-এমিনো-ফেনিল-ডায়মিথিল-পাইরাজোলোন (Diethyl-malonyl-urea and Dimethyl-amino-phenyl dimethyl Pyrazolone) নামক দুইটা বিভিন্ন প্রকৃতির রাসায়নিক পদার্থের সংমিশ্রণে 'প্রোগ' নগরীর বিখ্যাত রসায়নবিদ প্রোফেসর টার্পেনটিন কর্তৃক "ভেরামন" প্রস্তুত হইয়াছে। উক্ত উভয় ঔষধেরই মোটা মুঠি ক্রিয়া—"বেদনানাশক"। সুতরাং 'ভেরামনে' ইহাদের সংমিশ্রিত এই বেদনানাশক শক্তি বর্তমান আছে। উল্লিখিত ঔষধদ্বয় পৃথক পৃথক ভাবে প্রয়োগ করিলে কিন্তু উগ্র বিক্রিয়া প্রকাশ করে।

কেবলমাত্র প্রথমোক্ত ঔষধটি (ডায়ইথিল মেলোনিল ইউরিয়া) ব্যবহার করিলে প্রবল নিদ্রাকারক এবং শাসকেস্ত্রের দ্রুত পক্ষাবতজনক বিক্রিয়া প্রকাশ পায় ও অনতিবিলম্বেই রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। আর দ্বিতীয় ঔষধটি (ডায়মিথিল-এমিনো ফেনিল-ডায়মিথিল-পাইরাজোলোন) ব্যবহার করিলে কেন্দ্রীয় স্নায়ুবিধানের উত্তেজনাজনক প্রবল বিক্রিয়া প্রকাশ পায়।

অদ্বুতরূপে রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়। বানর, ছাগ, ভেড়া, খরগোস ইত্যাদি পশুর দেহে ইহাদের এই ক্রিয়া পরীক্ষা করা হইয়াছে। কিন্তু বিজ্ঞানের কি অভিনব আবিষ্কার—উভয় ঔষধ একত্রে মিশ্রিত করিষামাত্র ইহাদের রাসায়নিক পরিবর্তন লব্ধ উভয়ের বিবক্রিয়াই সঙ্গে সঙ্গে অন্তর্হিত হয় এবং এই সংমিশ্রিত পদার্থ এক উন্নত শ্রেণীর উৎকৃষ্ট, বিবক্রিয়া বিবর্জিত বেদনা-নাশক ঔষধরূপে পরিগণিত হইয়া থাকে। পরীক্ষা দ্বারা জানা গিয়াছে যে—প্রথম ঔষধটি দ্বিতীয় ঔষধটির বিষয়; আবার দ্বিতীয় ঔষধটি প্রথম ঔষধের বিষয়।

স্বরূপ :—এই বৌগিক চূর্ণ দেখিতে শ্বেতবর্ণ। ইহা ট্যাবলেট (৬ গ্রেনের) ও চূর্ণ আকারে পাওয়া যায়।

দ্রবণীয়তা :—'ভেরামন' শীতল জলে সহজে দ্রব হয় না—কিন্তু উষ্ণজলে অতি সহজেই দ্রব হইয়া থাকে।

মাত্রা :—৬ হইতে ১২ গ্রেণ আবশ্যক মত প্রত্যহ ১ বা ২বার প্রযোজ্য।

প্রতিক্রিয়া ৪—অবসাদবিহীন উৎকৃষ্ট বেদনানাশক। ইহা সেবনের পর প্রতিক্রিয়ায় কোন উপসর্গ প্রকাশ পায় না। ক্ষুধা বা শাস্ত্রের উপর ইহার কোনও প্রকার মন্দক্রিয়া নাই।

ব্যবহার ২—শিরঃপীড়া, শিরোদুঃখ, সকল প্রকার মাথার যন্ত্রণা (যে কোনও কারণেই উহা উদ্দীপিত হউক না কেন), মস্তপান ও মূত্রপানজনিত শিরঃশূল, নায়শূল, সারাটিকা, লাথোগো (কটীবাতি) এবং নায়বায় শিরঃপীড়ায় ইহা বিশেষ উপকারী।

‘টেবিল’ (Tab.) পীড়ার দুর্দম্য যন্ত্রণায় যখন মর্ফিয়া সেবন বা ইঞ্জেক্সন্ দ্বারা যন্ত্রণার উপশম করান হয়; তখন এই ঔষধ মর্ফিয়ার পরিবর্তে বিশেষ উপযোগিতার সহিত প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

দীর্ঘকাল মর্ফিয়া সেবনের অভ্যাস নিবারণার্থ ভেরামন অতীব উপযোগী। এতদ্বারা মর্ফিয়ার দ্বারা বেদনানাশক ক্রিয়া প্রকাশ পাওয়ায় রোগী যন্ত্রণা হইতে রক্ষা পায়, অথচ রোগী ইহাতে অভ্যাস হইয়া পড়ে না—কারণ, মর্ফিয়ার মাদক ক্রিয়া ইহাতে আদৌ নাই।

গ্যাস্ট্রালজিয়া পীড়ায় উদরশূল, উদর বেদনা; ইন্ডুয়েজার গাত্র বেদনা; টিউবার বা অর্কুদের বেদনা, “সার্ভাইকো-ব্রকিয়াল্ নিউর্যালজিয়া” নামক নায়শূল, ক্যান্সারের তীব্র যন্ত্রণা, পিত্তশিলায় (গল্-ষ্টোনের) বেদনা, বাতবেদনা, মার্কিরা বা স্যালভার্ন ইঞ্জেক্সনের পরবর্তী বেদনা ইত্যাদিতে ভেরামন বিশেষ ফলপ্রসূ।

রোগীর স্পর্শশক্তি হ্রাস করণার্থ অন্ত্রোপচারের পূর্বে এবং অন্ত্রোপচারজনিত যন্ত্রণা হ্রাস করণার্থ অন্ত্রোপচারের পর ভেরামন প্রয়োগ অতীব উপকারী।

সর্বপ্রকার কতাদির যন্ত্রণা—বিশেষতঃ, দৃষ্ট স্থানের যন্ত্রণা, কটী বা হাঁড়িয়া বাওয়ার বেদনা, বিষাক্ত কতাদির বেদনা ইত্যাদিতে ভেরামন আশু ফলপ্রসূ।

জীলোকদের প্রসব বেদনার যন্ত্রণা—বিশেষতঃ, আক্কেপ জনক প্রসব-বেদনা ও হাতাল ব্যাথা (olter pains) নিবারণার্থ ‘ভেরামন’ অতি উপযোগী। এক্সাম্পিশিয়া, ও প্রবোণ জীলোকদের ঋতু বন্ধ হইবার সময়ের শিরঃপীড়া; ডিফাশয়ের প্রদাহ (ওভারাইটিস), ঋতুশূল, বাধক বেদনা, এবং রক্তোরোধ জনিত যন্ত্রণাদিতে, ‘ভেরামন’ উৎকৃষ্ট ঔষধ বলিয়া বিবেচিত হইয়াছে।

কর্ণশূল, মায়ালজিয়া, চক্ষুশূল, অক্ষিপ্রদাহ, আইরাইটিস্ মেলোমা ইত্যাদিতে ভেরামন অতি উপকারী।

স্বকের বিবিধ প্রকার উত্তেজনাজনিত বেদনা—বিশেষতঃ, ফ্রাইটিস্ নামক উত্তেজনা জনক চক্ষুরোগে ‘ভেরামন’ ব্যবহারে আশাতীত ফল পাওয়া যায়।

দস্তোংপাটনের পূর্বে ‘ভেরামন’ সেবন করাইলে দস্তোংপাটন জনিত বেদনার প্রতিরোধ এবং দস্তোংপাটনের পর ‘ভেরামন’ সেবন করিতে দিলে দস্ত উৎপাটন জনিত বেদনা উপশমিত হয়। পাল্পাইটিস্, চোয়ালের বাত, দস্তশূল, দস্তমূলের নায়শূল, কষ্টকর দস্তোদগম্ জনিত বেদনা, এবং ঋতুকালীন দস্তশূল ইত্যাদিতে ‘ভেরামন’ বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

প্রতিক্রিয়া ৪—এই ঔষধের কোনও মন্দ প্রতিক্রিয়া বা বিষক্রিয়া নাই। এই কারণে—ভেরামন, অল্প বয়স্ক বালকবালিকা হইতে বৃদ্ধ ও গর্ভিনীদিগকে নিরাপদে ও নিঃসঙ্কোচে সেবন করিতে দেওয়া যাইতে পারে।

প্রস্তুতকারক ৪—এই ঔষধটি জার্মানীর বিখ্যাত ঔষধ প্রস্তুতকারক মেসার্স শেরিং কালবাম্ লিমিটেড্ (Messrs. Schering—Kahlbaum Ltd.) কর্তৃক চুর্ণাকারে ও ট্যাবলেট আকারে প্রস্তুত হইয়াছে।



সাংঘাতিক ম্যালেরিয়া জরে - এড্রিনালিন ও কুইনাইন Quinine and Adrenalin in Pernicious Malaria

লেখক—ডাঃ খ্রীসতীভূষণ মিত্র B. Sc. M. P.

মেম্বর অব গ্রেট মেডিক্যাল ফ্যাকাল্টি (বেঙ্গল)

কলিকাতা

রোগী ১—শাখারীটোলার (কলিকাতা) জনৈক ভদ্রলোকের পুত্র। বয়ঃক্রম ২৪ বৎসর। গত ২রা মে (১৯৩০) বেলা ৯টার সময় এই যুবকটির চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

পূর্বইতিহাস :—তিন দিন হইল রোগীর অর হইয়াছে। প্রথম দিন শীত ও কম্প সহকারে অর হইয়াছিল; এই অর বিচ্ছেদ হয় নাই। জরের সঙ্গে সঙ্গে প্রত্যহ ২০বার বার তরল দান্ত হইয়াছিল। ৩য় দিন প্রাতে অর পূর্কোপেক্ষা বৃদ্ধি হয় এবং সঙ্গে সঙ্গে রোগী অজ্ঞান হইয়া পড়ে। রোগী এইরূপ হঠাৎ অজ্ঞান হওয়ার আমি আহৃত হই। রোগী ইতিপূর্বে প্রায় দুই মাস রাণাঘাটে বাস করিয়াছিলেন।

বর্তমান অবস্থা ১—রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখিলাম—

- (ক) উত্তাপ ১০৫ ডিগ্রি;
- (খ) নাড়ী (Pulse) দ্রুত, ক্ষীণ ও অনিয়মিত।
- (গ) কদপিণ্ডের শব্দ বৃদ্ধ, ক্ষীণ ও প্রত্যেক ৪টা বিটের পর ১টা বিট বন্ধ হইতেছে।

(ঘ) রোগী অত্যন্ত অস্থির, সর্বদা শয্যার এপাস ওপাস করিতেছে, বালিশে মাথা ঘুরাইতেছে।

(ঙ) রোগী সম্পূর্ণ অজ্ঞান, ডাকিলে কোন সাড়া পাওয়া যায় না, কেবল আপন মনে বিড় বিড় করিয়া ভুল বকিতেছে।

(চ) চক্ষু অারক্তিম, চক্ষুতরকা প্রসারিত।

(ছ) শ্বাসপ্রশ্বাস স্বাভাবিক, শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা প্রতি মিনিটে ৩৫ বার।

(জ) অজ্ঞান অবস্থায় ২ বার মলত্যাগ করিয়াছে, মল অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত ও তরল।

(ঝ) উদরাগ্ধান বর্তমান আছে।

(ঞ) প্রীহা বর্জিত ও বেদনামুক্ত।

(ট) বহুত কষ্টাল আর্চের নিয়ে দুই ইঞ্চি পরিমাণ বিবর্জিত ও বেদনামুক্ত।

রোগনির্ণয় ১—রোগীর অবস্থাদি এবং জরে আক্রান্ত হইবার পূর্বেই রোগী ম্যালেরিয়াপ্রধান স্থানে বাস করিয়াছিলেন (রাণাঘাট একটি ম্যালেরিয়াপ্রধান স্থান), তথ্য কয়েকবার ম্যালেরিয়া জরেও আক্রান্ত

হইয়াছিলেন, গীহা বক্তৃতাও বিবক্ষিত ; এই সকল আলোচনা করিয়া পার্শ্বাগ ম্যালেরিয়া বলিয়াই সন্দেহ করিলাম । নিঃসন্দেহ হইবার জন্য যত্ন পরীক্ষার বন্দোবস্ত করিয়া নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম ।

১। Re

পটাশ ব্রোমাইড	...	১০ গ্রেণ।
পটাশ সাইট্রাস	...	১০ গ্রেণ।
লাইকর এণোনেল	...	৫ মিনিম।
স্পিরিট ক্লোরফর্ম	...	২০ মিনিম।
লাইকর ট্রীকনিং হাইড্রোক্লোর	২ মিনিম।	
একোয়া এনিথি	...	এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

২। Re

কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর	....	১০ গ্রেণ।
ব্রি-ডিষ্টিল্ড ওয়াটার	...	২ সি. সি।

একত্র এক মাত্রা। তৎক্ষণাৎ ইন্ট্রাস্কিকিউলার ইন্জেক্সন করা হইল।

৩। মাধায় বরফ প্রয়োগের ব্যবস্থা করা হইল।

২।৫।৩০ বিকাল ৪টা—পুনরায় উপস্থিত হইয়া দেখিলাম, উত্তাপ ১০২ ডিগ্রি, কথঞ্চিৎ জ্ঞানের সঞ্চার হইয়াছে, ভুল বলা অনেকটা কম। অজ্ঞান অবস্থা পূর্ববৎ, দাঁত আর হয় নাই।

এই সময় পূর্ববৎ পুনরায় ৫ গ্রেণ কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোরাইড পেশীমধ্যে ইন্জেক্সন করা হইল। অজ্ঞান ব্যবস্থা পূর্ববৎ।

৩।৫।৩০—উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি, নাড়ী অপেক্ষাকৃত ধীর গতি বিশিষ্ট ও নিরমিত ; উদরাগ্নান ও ভুল বলা নাই। রোগী বেশ স্বাভাবিক ভাবে কথা বলিতেছে। অজ্ঞান কোন বিশেষ উপসর্গ ছিল না। অতঃপর পরীক্ষার রিপোর্ট দৃষ্টে রক্তে ম্যালেরিয়াল প্যারাসাইট আছে জ্ঞাত হইলাম।

অন্ত নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইল—

৪। Re

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর	...	৫ গ্রেণ।
এসিড সাইট্রিক	...	১০ গ্রেণ।
সিরাপ অরেন্সাই	...	১/২ ড্রাম।
একোয়া ক্লোরফর্ম	এড ১/২ আউন্স।	

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৩ মাত্রা। নিম্নলিখিত মিশ্রের প্রতি মাত্রার সহিত ইহার এক মাত্রা মিশ্রিত করিয়া ফুটিয়া উঠিবারাত্র সেবন করিতে বলা হইল। এইরূপে প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৫। Re

পটাশ বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
একোয়া	...	১/২ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৩ মাত্রা। উপরিউক্ত ৪নং মিশ্রের সঙ্গে মিশাইয়া সেব্য।

৬। Re

লাইকর এমন এসিটেট	...	২ ড্রাম।
স্পিরিট এমন এরোমেট	...	২০ মিনিম।
টিং ডিজিটেলিস	...	১৫ মিনিম।
সোডি ব্রোমাইড	...	১০ গ্রেণ।
টিং কডের্ম কোঃ	...	১৫ মিনিম।
সোডি বেঞ্জোয়াস	...	১০ গ্রেণ।
একোয়া	এড ১ আউন্স।	

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। যদি উত্তাপ বৃদ্ধি হয়, তাহা হইলে উত্তাপ বৃদ্ধি অবস্থায় প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

পথ্য—ছদ্ম, বার্লি, বেদানা ও কমলালেবু প্রভৃতি ফলের রস।

৪।৫।৩০—প্রাতে ৯টার সময় রোগী দেখিলাম। উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি, অজ্ঞান কোন উপসর্গ নাই। শুনিলাম—কল্যাণ বেলা ১টার সময় উত্তাপ বৃদ্ধি হইয়া ১০৪ ডিগ্রি হইয়াছিল এবং রাত্রি ৯টা পর্যন্ত এই উত্তাপ বর্তমান ছিল, তদপরে ক্রমে ক্রমে জর করিতে থাকে।

অন্তঃ ৫ নং ও ৬নং ঔষধ এবং পূর্ববৎ পথ্যের ব্যবস্থা করিলাম।

৮।৫।৩০ তারিখ পর্যন্ত এইরূপ ভাবে কুইনাইন প্রয়োগ করা হইল, কিন্তু জ্বরের পর্যায় প্রতিরুদ্ধ হইতে দেখা গেল না। উত্তাপ ৯৯ হইতে ১০৩ ডিগ্রীর মধ্যে উঠা নামা করিতেছিল। কোন দিন জ্বর বেশী, কোন দিন বা কম হয়; জ্বরের স্থায়ীত্বও সব দিন সমান দেখা যায় না; বিরামকালও অনিয়মিত। অল্প কোন উপসর্গ ছিল না, কেবল কল; (৭।৫।৩০) হইতে প্রস্রাব ঘোর লাল ও প্রস্রাবের পরিমাণ অত্যন্ত কম হইয়াছে ও নিলাম।

অল্প পূর্বোক্ত ঔষধাদি ব্যতীত নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

৭। Re

হেপাটাইন ... ১০ গ্রেণ।

এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। ৬ নং মিশ্রের সঙ্গে পর্যায়ক্রমে ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৯।৫।৩০—প্রস্রাবের আরক্তিমতা দূরীভূত হইয়া প্রস্রাব বেশ পরিষ্কার ও উহার পরিমাণও বৃদ্ধি হইয়াছে। কিন্তু জ্বরের কোন পরিবর্তন হয় নাই। অল্প কোন উপসর্গ ছিল না।

ইতিপূর্বে এইরূপ কুইনাইন অকর্ণগ্যতা স্থলে কুইনাইনসহ এড্রিনালিন ক্লোরাইড প্রয়োগের উপকারিতার বিষয় পত্রান্তরে (Therapeutic Notes. Jan. 1930) পাঠ করিয়াছিলাম। এক্ষণে এই রোগীতে ইহা পরীক্ষা করিতে ইচ্ছুক হইয়া, অল্প নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

৮। Re

এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০)

... ১ সি, সি,

একমাত্রা। হাইপোডার্মিক ইন্জেকশন করা হইল। এই ইন্জেকশনের ১৫ মিনিট পরে নিম্নলিখিতরূপে কুইনাইন প্রয়োগ করিলাম।

৯। Re

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ... ৫ গ্রেণ।

সি-ডিষ্টিল্ড ওয়াটার ... ২ সি, সি।

একত্র এক মাত্রা। ইন্ট্রামাস্কিউলার ইন্জেকশনরূপে প্রযুক্ত হইল।

১০।৫।৩০—প্রাতে উত্তাপ ৯৮ ডিগ্রি, নাড়ী পূর্ণাংগে সর্বল ও নিয়মিত। অল্প কোন উপসর্গ নাই। ও নিলাম—কলা আর উত্তাপ বৃদ্ধি হয় নাই। রোগী আর পূর্ণাংগে সাচ্ছন্দ্য অনুভব করিতেছে।

অন্তঃ কল্যাকার জ্বর প্রথমতঃ এড্রিনালিন এবং তদপরে কুইনাইন প্রয়োগ করা হইল।

১১।৫।৩০—রোগী ভাল আছে, কল্যাণ জ্বর হয় নাই। প্রীতি যুক্ত অনেকটা স্বাভাবিক হইয়াছে, উহাদের বেদনা আর নাই, অল্প কোন উপসর্গও ছিল না।

অল্প নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

১০। Re

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর ... ৩ গ্রেণ।

এসিড এন, এম, ডিল ... ১০ মিনিম।

লাইকর আসেনিক হাইড্রোক্লোর ২ মিনিম।

এমন ক্লোরাইড ... ১০ গ্রেণ।

টিং নক্সডমিকা ... ৩ মিনিম।

টিং জেন্সিয়ান কোঃ ... ১৫ মিনিম।

ইনফিউশন কালষা ... এড ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্রা। আহারের পর প্রত্যহ ৩ মাত্রা সেব্য।

রোগীর ক্ষুধা হওয়ার অল্প অল্প পথ্য দেওয়া হইল। ৪।৫ দিনের মধ্যেই রোগী বেশ সুস্থ ও সর্বল হইয়াছিল।

অন্তঃ ৪—এই রোগীতে এড্রিনালিন সহ কুইনাইন ইন্জেকশন দিয়া যে সুফল লাভ করিয়াছিলাম, তদ্ব্যতীত আরও

কয়েকটি রোগীকে এইরূপ ভাবে চিকিৎসা করিয়া যায় নাই। যে সকল ম্যালেরিয়া রোগীর কুইনাইন সন্তোষজনক উপকার পাইয়াছি। বলা বাহুল্য, এই প্রয়োগে অর বন্ধ না হয়, সেই সকল রোগীকে এইরূপ রোগীগুলিকে নানা উপায়ে যথেষ্ট কুইনাইন প্রয়োগ ভাবে কুইনাইন প্রয়োগ করিতে সমব্যবসায়ী ডাক্তরগণকে করিয়াও অর বন্ধ বা অরের গতির পরিবর্তন হইতে দেখা অসম্ভব করিতেছি।

ব্ল্যাকওয়াটার ফিভার—Blackwater fever.

লেখক—ডাঃ শ্রীমদীন্দ্রনাথ গুহ ঠাকুরতা M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন

কলিকাতা মেডিক্যাল কলেজ হস্পিটাল

কলিকাতা

—:O:—

রোগী :—অনেক হিন্দু; বয়স ২৭ বৎসর। এই অরের পুনরাক্রমণ হইত। এই বারে নীড়ার দ্বিতীয় রোগী গত ১০ই নভেম্বর, (১৯৩০) আমার চিকিৎসাধীনে আসে।

বর্তমান অবস্থা :—

(ক) প্রস্রাব ঘোর কৃষ্ণবর্ণ। সাদা কাপড়ে প্রস্রাব লাগিলে উহা উজ্জল লালর্ণ দেখায়।

(খ) অরীয় উত্তাপ প্রাতঃকালে ১০৩ ডিগ্রী।

(গ) জিহ্বা মলারত ও শুষ্ক।

(ঘ) বিবসিয়া ছিল, কিন্তু প্রকৃত বমন ছিল না।

(ঙ) প্রবল তৃষ্ণা।

(চ) প্লীহা কঠোর-সীমার ওইফি নিম্ন পর্য্যন্ত বিবর্জিত।

(ছ) বহুত সামান্য বিবর্জিত।

(জ) নাড়ী ক্ষীণ এবং নিয়মিত।

(ঝ) উভয় উরু এবং কটাদেশে বেদনা।

(ঞ) গাত্রদাহ বর্তমান ছিল।

পূর্ব ইতিহাস :—রোগী বিগত ৪ মাস যাবৎ অনিয়মিত ভাবে সবিরাম অরে ভুগিতেছিল। কুইনিন সেবনে অস্থায়ীভাবে অর বন্ধ হইয়া কয়েক দিবস পরেই

চিকিৎসা :—উল্লিখিত অবস্থা দৃষ্টে ব্ল্যাকওয়াটার ফিভার সিদ্ধান্ত করতঃ নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

লাইকর হাইড্রার্ক পারক্লোর ১/২ ড্রাম।

একোরা ... এড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। প্রথম ৪ মাত্রা

অর্দ্ধ ঘণ্টান্তর, তদপরে ২ ঘণ্টান্তর সেব্য।

২। Re.

সোডি বাইকার্ক ... ১৫ গ্রেণ।

সোডি সাইট্রাস্ ... ১৫ গ্রেণ।

লাইকর এমন সাইট্রেটস্ ২ ড্রাম।

সিরাপ অরেন্সাই ... এড্ ১ আউন্স।

একত্রে ১ মাত্রা। এইরূপ ৮ মাত্রা। প্রতি মাত্রা

৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৩। Re.

ক্যালশিয়াম ল্যাকটেট ... ১০ গ্রেণ।

হেফামিন ... ৫ গ্রেণ।

একত্রে ১ পুরিয়া! এইরূপ ৪ পুরিয়া। সন্ধ্যার সময়
১ পুরিয়া সেব্য।

৪। Re.

সোডি বাইকার্ব ... ১ আউন্স।

একোয়া ... ১ পাইন্ট।

একত্রে মিশ্রিত করতঃ ১ আউন্স পরিমাণে পুনঃ পুনঃ
পান করিতে বলা হইল।

১১।১১।৩০—অল্প রোগী পরীক্ষা করিয়া বিশেষ
কোনও হিত পরিবর্তন দেখা গেল না। শুনিলাম—জরীয়
উত্তাপ বৃদ্ধির সহিত মূত্রের আরক্তিমতা বৃদ্ধি ও পরিমাণ হ্রাস
হয়, আবার উত্তাপ হ্রাসের সঙ্গে সঙ্গে উহা কম হইতে
থাকে।

জরীয় উত্তাপ বৃদ্ধির সময়ে অঙ্গুলীর অগ্রভাগ হইতে
রক্ত গ্রহণ করিয়া প্লাইড প্রস্তুত করতঃ, অঙ্গবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা
পরীক্ষা করিয়া তন্মধ্যে ম্যালেরিয়া জীবাণু পাওয়া গেল।

অতঃপর কালবিলম্ব না করিয়া ০ গ্রেণ কুইনাইন
বাইহাইড্রোক্লোরের ২ সি, সি, সলিউসন (এম্পুল) মুটীয়াল
পেশীতে ইন্ট্রামাস্কিউলার ইন্জেকসন দিলাম।

ইহার পর নর্মাল স্টালাইনে ৫% মুকোজ মিশ্রিত
করতঃ সরলান্ন—পথে প্রয়োগ এবং নিয়মিত উত্তেজক
মিশ্রটীর ব্যবস্থা করা হইল :—

৫। Re.

লাইকর ট্রিকলিন হাইড্রোক্লোর ১ মিনিম।

ট্যাং ডিজিটেলিস ... ১০ মিনিম।

একোয়া এড ১/২ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। এইরূপ ২ মাত্রা। প্রতি মাত্রা
৩ ঘণ্টান্তর সেব্য। ১ মাত্রা তখন দেওয়া হইয়াছিল।

১২।১১।৩০—অল্প রোগীর মূত্রের পরিমাণ হ্রাস
এবং বর্ণ পরিবর্তিত হইয়াছে। কিন্তু রোগীর ঔষধ
সেবন ক্ষমতা লুপ্তপ্রায়। সামান্য পরিমাণে বায়ু নিঃসরণ
ফাণ্ডম—৬

হইতেছে। জ্বর নাই। অল্প নিয়মিত ব্যবস্থা করা
হইল।

(ক) ১০ গ্রেণ কুইনাইন বাইহাইড্রোক্লোর ২ সি, সি,
পরিষ্কৃত টেরাইল ওয়াটারে দ্রব করিয়া নিতম্ব
প্রদেশে ইন্ট্রামাস্কিউলার ইন্জেকসন দেওয়া
গেল।

(খ) ১নং মিশ্রটি ২ ঘণ্টান্তর সেবনের উপদেশ দিলাম।

গ) ২নং মিশ্রটির প্রতি মাধ্যম সহিত লাইকর
পুনর্গণা এট বুক কোঃ অর্ধ ড্রাম পরিমাণ
মিশ্রিত করিয়া দিলাম।

(ঘ) রাত্রি ১ গ্রেণ মকরম্বজের সহিত ৪ গ্রেণ
ক্যাফিন সাইট্রাস মিশ্রিত করিয়া যথুসহ খলে
মাড়িয়া সেবন করিতে দিলাম।

১৩।১১।৩০—অল্প বিশেষ হিত পরিবর্তন দেখা গেল।
জ্বর নাই। মূত্রের পরিমাণ যথেষ্ট বৃদ্ধি পাইয়াছে এবং
উহাতে আর রক্তের চিহ্ন বা তলানি নাই। রোগীর
সাধারণ অবস্থাও বেশ ভাল বোধ হইল।

রোগীর কোষ্ঠবদ্ধতার জন্য অল্প নিয়মিত ঔষধ
ব্যবস্থা করিলাম :—

৬। Re.

ক্যালোমেল ... ৩ গ্রেণ।

সোডি বাইকার্ব ... ৫ গ্রেণ।

একত্র এক মাত্রা। একবারে সেব্য।

পথ্যার্থ—ঘোল, হালিঙ্গা মলটেড মিল্ক ইত্যাদি পুষ্টিকর
তরল পথ্য ব্যবস্থা করা হইল।

অল্প হইতে ২নং মিশ্র ও ১নং মিশ্র ৬ ঘণ্টান্তর দিব্যর
ব্যবস্থা করা হইল।

১৪।১১।৩০—রোগীর আর কোনও মন্দ লক্ষণ
বর্তমান নাই। রোগী ভাত খাইবার জন্য বিশেষ অগ্রহ
প্রকাশ করায় অল্প অন্ন পথ্য দেওয়া হইল।

অস্ত্রব্যঃ—রোগীকে প্রচুর পরিমাণে শীতল জল,
ফ্রুট, হরলিক্স, ঘোল, ছানার জল, সরবৎ, ডাবের জল,
পান করিতে দেওয়া হইয়াছিল।

মার্কানী দ্বারা চিকিৎসা করিবার কালে ফলাদির রস দেওয়া নিষিদ্ধ বলিয়া রোগীকে কোন ফল ব্যবহা করা হয় নাই। (এই রোগীকে প্রথম হইতে লাইকর হাইড্রাজ প্যারক্লোরাইড প্রয়োগ করা হইয়াছিল)।

একট্রাক্ট কেশিয়া বেরিয়ানা লিকুইড ১/২ ড্রাম মাত্রায় এই পীড়ায় উপকারী। কিন্তু আমি এই রোগীতে ইহা ব্যবহার করি নাই।

গ্যাকওয়াটার ফিভারে কুইনাইন দেওয়া নিষিদ্ধ।

কারণ, তাহাতে মূত্রগ্রন্থির ক্রিয়া হ্রাস পায়, কিন্তু এই রোগীতে স্পষ্ট ম্যালেরিয়া-জীবাণু পাওয়া যায়, কুইনাইন দেওয়া হইয়াছিল। স্পষ্ট ম্যালেরিয়ার ইতিহাস পাওয়া গেলে, উপযুক্ত পরিমাণে কুইনাইন দিলে আশাতীত উপকার পাওয়া যায়।

রোগান্তদৌরল্য নিবারণার্থ সিরাপ হিমোমোবিন ১ চা-চামচ মাত্রায় আহারান্তে ত্র্যাহ দুইবার করিয়া সেবনের ব্যবহা করা হইয়াছিল।

কৃমিজনিত উপসর্গ—Complication due to Ascaris

লেখক—ডাঃ শ্রীনুপেন্দ্রনাথ সান্যাল L. M. F.

মেডিক্যাল অফিসার কালীগ্রাম ডিপেন্দারী—রাজসাহী।

—:o:o:—

যত প্রকারের পীড়া আছে, তার মধ্যে কৃমিজনিত পীড়া যে, কত প্রকারের উপসর্গ সৃষ্টি করে; তাহা বলাই দুঃসাধ্য। বিশেষভাবে রোগীকে পরীক্ষা না করিলে, অনেক সময় চিকিৎসককে ব্যতিব্যস্ত হইয়া উঠিতে হয় এবং এই কৃমিজনিত উপসর্গগুলিই সাধারণতঃ চিকিৎসকগণকে ভ্রান্তপথে চালিত করিয়া রোগীর প্রাণ বিপন্ন করে। যদিও কৃমিজনিত উপসর্গ বালকবালিকাদের মধ্যেই অত্যধিক; কিন্তু তথাপি ইহা অনেক সময় বয়স্ক লোকের মধ্যেও দেখা যায়। পাড়াগায়ে এই সব কৃমিজনিত লক্ষণ বা উপসর্গ “ভূতে পাওয়া”, “বাতাস লাগা”, “উপরি দোব” ইত্যাদি নানা নামে অভিহিত করিয়া “ওখা, ককির, তেলপড়া, জলপড়া ইত্যাদি” দ্বারা চিকিৎসা করাইতে দেখা যায়; কলে, অনেক রোগীই এইরূপ কুচিকিৎসার অকালে মৃত্যুমুখে পতিত হইয়া থাকে। এই সকল রোগীর ইতিবৃত্ত আগাগোড়া পর্যালোচনা এবং রোগীকে বিশেষভাবে

পরীক্ষা করিলে, এমন কিছু কিছু লক্ষণ দেখা যায়—যাহা কৃমিষটিত বলিয়া অনুমান করা যাইতে পারে। আমি নিয়ে কয়েকটি কৃমিজনিত উপসর্গবিশিষ্ট রোগীর কথা বলিতেছি :—

(১) স্কোপীঃ—জৈনৈক মুসলমান বালক; বয়স ৭ বৎসর। বিগত ১৬ই মে (১৯৩০) তারিখে আমি এই রোগীর চিকিৎসার্থ আহৃত হই।

ইতিবৃত্ত :—বালকেরা তিন ভাই দুই প্রঃের আহারান্তে মাঠে খেলা করিয়া আত্মমানিক ওটার সময় গৃহে ফিরে। তখন গ্রীষ্মকাল, গৃহে ফিরিয়া বালকেরা তিন ভাই মায়ের নিকট শয়ন করে। সন্ধ্যা সমাগমে দুই ভাই শয্যা ত্যাগ করিয়া বাহিরে খেলিতে যায়; তৃতীয় জন নিদ্রিতাবস্থায় শয্যায় পড়িয়া থাকে। সন্ধ্যা অতীত হয়, অধচ ছেলে উঠে না দেখিয়া, ‘মা’ ছেলেকে অনেক ডাকাডাকি করে; কিন্তু ছেলের কোন সাড়াশব্দ পাওয়া যায় না দেখিয়া স্বামীকে

ডাকে। এই ব্যাপারে পাড়ায় একটা হলুদ পড়িয়া যায়। তখনই কবিরাজ, ওঝা, ফকির ইত্যাদি ডাকা হয়। কিন্তু কিছুতেই কিছু হয় না।

১৭ই মে সমস্ত দিন বালকটির অবস্থা সমভাবেই কাটিয়া গেল। সন্ধ্যার প্রায় অর্দ্ধ ঘণ্টা পরেই বালকের পিতা আমার নিকট আসিয়া আমাকে রোগীকে দেখিবার জন্য বাইতে অহরোধ করিল। রোগীর পিতার নিকট রোগের আগাগোড়া বিবরণ বাহা জানিলাম, তাহাতে বুঝিলাম—“রোগী পূর্বে সুস্থ ছিল; অজ্ঞান হইবার পূর্বেও তাহার অয়ের কোন প্রকার ভাব ছিল না। হঠাৎ অজ্ঞান হইয়া পড়ে এবং পরে সামান্য জ্বর—৯৯° ডিগ্রী মাত্র হয়। রোগী এখন অজ্ঞান অবস্থায় আছে—কথা কহে না। পূর্বে ঘুমন্ত অবস্থায় দাঁত কিড়মিড় করিত, পেটে বেদনা বা অন্য কোন কথাই সে পূর্বে বলে নাই”।

হঠাৎ অজ্ঞান অবস্থা, রোগীর বয়স, সামান্য জ্বর ও দাঁত কিড়মিড় করার বিষয় চিন্তা করিয়া রাত্রের মত নিয়লিখিত ব্যবস্থা করিলাম :—

১। Re.

স্ট্রাণ্টোনাইন ... ১ গ্রেণ।

ক্যালোমেল ... ৩ গ্রেণ।

সোডা বাইকার্স ... ৫ গ্রেণ।

একত্র করিয়া এক মাত্রা। তখনই সেবন করাইতে বলিয়া দিলাম।

৮ই মে—প্রাতে ছেলের বাপ আসিয়া খবর দিল, “পুরিয়া খাওয়ান ৩ ঘণ্টা পর হইতেই ছেলে তাকাইয়াছে এবং জল চাহিয়া খাইয়াছে। অত ছেলে ভালই আছে। খাইবার চেষ্টা হইয়াছে। কি খাইবে? জ্বর আর নাই।” সে দিনকার মত এই ব্যবস্থা করিলাম :—

২। Re.

ম্যাগ্‌ সাফ ... ১/২ ড্রাম।

টীং কার্ড কো: ... ১০ মিনিম।

একোয়া ... ১/২ আউন্স।

একত্র একমাত্রা এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ২ ঘণ্টা অন্তর সেব্য। সেই অবধি রোগী এখন ভালই আছে।

(২) রোগীঃ—জনৈক হিন্দু বালক—বয়স ৩ বৎসর।

বর্তমান অবস্থাঃ—বালককে নিম্ন অবস্থায় দেখিলাম।

(১) জ্বর—৯৯° ডিগ্রী।

(২) জিহ্বা অপরিস্কার—সাদা পুরু ময়লাবৃত।

(৩) কোষ্ঠ—দুই দিন হইতে বন্ধ।

(৪) পেটকাঁপা নাই, তবে পেটে সামান্য বেদনা আছে।

(৫) কুস্কুস্ স্বাভাবিক।

(৬) জ্বংপিণ্ড—স্বাভাবিক।

পূর্বইতিহাসঃ—আজ ২ দিন হইতে বালকটির বৈকালে জ্বর হয়। জ্বর একবারে ছাড়ে ন', সামান্য সামান্য লাগিয়াই থাকে। আমি নিয়লিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

১। Re.

অয়েল রিসিনি ... ১২ ড্রাম।

মিউসিলেজ একাশিয়া ... যথা প্রয়োজন।

সিরাপ রোজ ... ১০ মিনিম।

একোয়া ... ২ ড্রাম।

একত্র একমাত্রা, এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা এক ঘণ্টান্তর সেব্য।

দ্বিপ্রহরে বিশ্রাম করিতেছি—এমন সময় রোগীর জনৈক আত্মীয় হাঁপাইতে হাঁপাইতে আসিয়া বলিল,—“আপনাকে এখনি বাইতে হইবে—রোগীর অবস্থা

খুবই খারাপ, সমস্ত শরীর হিম হইয়াছে, কথা বার্তা কিছুই কহিতেছে না।”

হঠাৎ এই সংবাদ পাইয়া বিশেষ চিন্তিত হইলাম। যে রোগীকে ৪ ঘণ্টা পূর্বে দেখিয়া আসিয়াছি, এখন হঠাৎ এমন কি ঘটিল—বাহাতে রোগীর এমন অবস্থা ঘটিতে পারে? কিসে এই পরিবর্তন সম্ভব? ভাবিলাম—খুব সম্ভব ইহা “কুমির লীলা।” ছুটিলাম—সঙ্গে লইলাম কুমিনাশিনী ‘স্ট্রাণ্টনাইন’। গিয়া দেখিলাম—রোগীর ঘর লোকে পরিপূর্ণ—সকলেই চিন্তাকুল। ঘরের লোক কমাইয়া দিয়া রোগীকে পরীক্ষা করিলাম। দেখিলাম—

(ক) উত্তাপ—৯৭° ডিগ্রী।

(খ) নাড়ী অত্যন্ত ক্ষীণ

(গ) হাত পা সব ঠাণ্ডা; সর্ব শরীর ঘর্মাক্ত।

(ঘ) বালকটি অজ্ঞান অবস্থায় পড়িয়া আছে।

অল্প বয়স ও হঠাৎ এই অবস্থা দেখিয়া নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

২। Re.

স্ট্রাণ্টনাইন ... ১/২ গ্রেণ।

চিনি ... ৫ গ্রেণ।

একত্র একমাত্রা। তৎক্ষণাৎ সেব্য।

সেখানে ২ ঘণ্টা অপেক্ষা করিলাম। দেখিলাম—রোগী ক্রমশঃ সুস্থ অবস্থায় ফিরিতেছে। গৃহে ফিরিলাম। সেদিনকার মত আর কিছুই ব্যবস্থা করিলাম না।

পরদিন প্রাতে খবর আসিল—“রোগী আজ বেশ ভাল আছে—কথাবার্তা সবই কহিতেছে, অর নাই, খাইতে চাইতেছে। সেই দিন হইতে রোগী বেশ ভালই আছে।

(৩) স্ট্রাণ্টনাইন :—জনৈক মুসলমান যুবতী, বয়স ১৫ বৎসর। বিগত ২রা অক্টোবর (১৯১০) তারিখে এই জ্বীলোকটির চিকিৎসা আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থা :—

(১) রোগিনী অসাড় অবস্থায় চিৎ হইয়া শুইয়া আছে, একদম নড়াচড়া নাই।

(২) উত্তাপ—৯৮° ডিগ্রী।

(৩) নাড়ী—স্বাভাবিক।

(৪) দৃষ্টি—স্বাভাবিক।

(৫) ফুসফুস স্বাভাবিক।

(৬) চক্ষু—স্পন্দনহীন, স্থির।

পূর্ব ইতিহাস :—রোগিনীর পূর্বে কোন অসুখ ছিল না। অল্প সুস্থ শরীরে সংসারের নিত্যকর্ম সমাপন করিয়া, বেলা ১০.১১টার সময় স্নান করিতে গিয়া ছিল, কিন্তু শরীর অসুস্থ অসুভব হওয়ায়, স্নান না করিয়া ফিরিয়া আসিয়া বারান্দায় শুইয়া পড়ে এবং আবেল তাবোল চীৎকার করিত করিতে অজ্ঞান হইয়া যায়। পাড়াময় হলুদ পড়িয়া গেল। প্রায় অর্ধ ঘণ্টা মধ্যেই আমি আহৃত হইলাম। গিয়া দেখিলাম—পাড়াগুরু লোক উপস্থিত এবং সকলেই নিজ নিজ পাণ্ডিত্য প্রচার করিতে ব্যস্ত। বাহা হউক, রোগিনীকে দেখিয়া তারপর জ্বীলোকটির স্বামীর নিকট জিজ্ঞাসা করিয়া অবগত হইলাম যে, রোগিনীর পূর্বে কোন অসুখ ছিল না। পেটে বেদনা বা দাঁত কিড়মিড় ইত্যাদি কোন লক্ষণ পূর্বে প্রকাশ পায় নাই—তবে ঘন ঘন খুঁত ফেলিত।

হঠাৎ অজ্ঞান অবস্থা, স্বাভাবিক উত্তাপ, ঘন ঘন খুঁত ফেলার বিষয় ভাবিয়া কুমিজনিত উপসর্গ সন্দেহ করতঃ নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

১। Re.

স্ট্রাণ্টনাইন ... ২ গ্রেণ।

চিনি ... ৫ গ্রেণ।

একত্র একমাত্রা। তৎক্ষণাৎ সেব্য।

রোগিনীকে এই ঔষধ খাওয়াইয়া তখনকার মত বিদায় হইলাম।

২। ১০।৩০ বৈকালে :—“অজ্ঞান্য অবস্থা পূর্ববৎ, কেবল রোগিনী নিজেই এপাশ ওপাশ করিতেছে এবং এদিক ওদিক তাকাইতেছে; কিন্তু দৃষ্টি উদাস।” বুঝিলাম—ঔষধে কাজ হইয়াছে। অন্য কিছু ব্যবস্থা করিলাম না। রাতে খবর দিতে বলিয়া আসিলাম।

রাত্রি প্রায় ১০টার সময় খবর পাইলাম—“রোগিনী কথা কহিতেছে, লজ্জা সরম ফিরিয়াছে। এখন ভালই আছে।”

৩রা অক্টোবর :—রোগিনীর আর কোন অস্বাভাবিক অবস্থা নাই—বেশ ভাল আছে। অল্প প্রাতে: নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম :—

২। Re.

ম্যাগ্‌সালফের স্ট্রাচুরেটেড্‌ সলিউশন ১ আউন্স।

এক মাত্রা। তৎক্ষণাৎ একবারে সেব্য।

রোগিনীকে আর কোন ঔষধ দিতে হয় নাই ;
রোগিনী অতঃপর ভালই আছে।

ব্রঙ্কিয়াল এ্যাজমায়—এফিড্রিন

Ephidrine in Bronchial Asthma

লেখক—ডাঃ শ্রীশক্তিপদ চট্টোপাধ্যায় M. O.

ইনচার্জ এম, এস. ডিস্পেন্সারী, পূর্ণিয়া



রোগী :—জনৈক হিন্দু পুরুষ, বয়ঃক্রম ৩০।৩৫ বৎসর। নিম্নলিখিত অবস্থায় রোগী আমার চিকিৎসাধীন হয়।

বর্তমান অবস্থা :—

(ক) অতিশয় শ্বাসকষ্ট ; কষ্টকর পুনঃ পুনঃ কাশি ও গাঢ় শ্লেষ্মা নির্গমন।

(খ) জ্বর নাই বা হয় না।

(গ) বক্ষ পরীক্ষায়—প্রতিঘাতে স্বাভাবিক বাক্স-প্রতিধ্বনির আধিক্য (Hyper Resonance), আকর্গনে—সিবিল্যান্ট রংকাই এবং স্থানে স্থানে বাসিং রালস্ (Sibilant ronchi and Bubbling rales) শ্রুত হইল।

(ঘ) নাড়ী ক্ষুদ্র ও ক্রীণ।

(ঙ) সাতিশয় নিভেজকতা ও অবসাদ।

(চ) শিরঃপীড়া।

(ছ) হাঁপানির ভয়ে রোগী রাত্রে কিছুই খায় না, ভূখাপি মধ্যরাত্রে প্রবল হাঁপানি উপস্থিত হয়,

তাহার পর শুইয়া বা বসিয়া কিছুতেই শান্তি থাকে না। সকাল হইতে প্রায় দুই ঘণ্টা বেলা পর্যন্ত প্রবল হাঁপানিতে আক্রান্ত থাকিয়া পরে সারাদিন ভাল থাকে।

পূর্ব ইতিহাস :—এই রোগী দুই বৎসর পূর্বে আর একবার এই প্রকার হাঁপানি পীড়ায় আক্রান্ত এবং এলোপ্যাথিক চিকিৎসার দ্বারা আরাম হইয়াছিল। এবার প্রথমে ব্রঙ্কাইটিস (Bronchitis) হইয়া—১০।১২ দিন পর হইতে পূর্ব বর্ণিত অবস্থা হইয়াছে।

রোগনির্ণয় (Diagnosis) :—বর্তমান লক্ষণাদি ও পূর্ব-চিকিৎসার বিবরণাদি শুনিয়া ব্রঙ্কিয়াল এ্যাজমা (Bronchial Asthma) বলিয়া সিদ্ধান্ত করিলাম।

চিকিৎসা (Treatment) :—উল্লিখিত সিদ্ধান্ত অনুযায়ী নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

পটাশ আয়োডাইড	...	৪ গ্রেণ।
পটাশ ব্রোমাইড	...	১০ গ্রেণ।
এমন কার্ব	...	৩ গ্রেণ।
টিং সেনেগা	..	১ ড্রাম।
টিং লোবেলিয়া ইণ্ডার	...	১৫ মিনিম।
সিরাপ বাকস্	...	১ ড্রাম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। এইরূপ দৈনিক ৪ মাত্রা সেব্য।

পথ্য :—এক বেলা ভাত ও রাত্রে খাবার সন্ধ্যার পূর্বেই ব্যবস্থা করিলাম। রান সহ হয়—সে জগ্ন রান করিতে বলা হইল।

৩৪ দিন উক্ত ঔষধ খাইয়া কিছু উপকার হইল কিন্তু তাহা অতি সামান্য। সুতরাং ঔষধ একটু পরিবর্তন করিয়া নিম্নলিখিতরূপে ব্যবস্থা করিলাম :—

২। Re.

সোডি বাইকার্ব	...	১০ গ্রেণ।
পটাশ আয়োডাইড	...	৫ গ্রেণ।
সোডি আয়োডাইড	...	৫ গ্রেণ।
স্পিরিট এমন্ এরোগেট	...	১৫ মিনিম।
টিং লোবেলিয়া ইণ্ডার	...	১০ মিনিম।
টিং বেলেডোনা	...	৫ মিনিম।
টিং ট্রামোনিয়াম	...	৫ মিনিম।
সিরাপ বাকস্	...	২ ড্রাম।
একোয়া	..	এড ১ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। এইরূপ দৈনিক ৩ মাত্রা সেব্য।

৩ দিন এই ঔষধ খাইয়া সমস্ত উপসর্গাদি কমিয়া গেল। ঔষধের মাত্রা কমাইয়া আরও ৬ দিন এই ঔষধ (২নং) সেবন করান হইল। ইহাতে রোগীর বিশেষ উপশম হইয়াছিল, কিন্তু মধ্যে মধ্যে হাঁপানি হইতে থাকায় পরে নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম।

৩। Re.

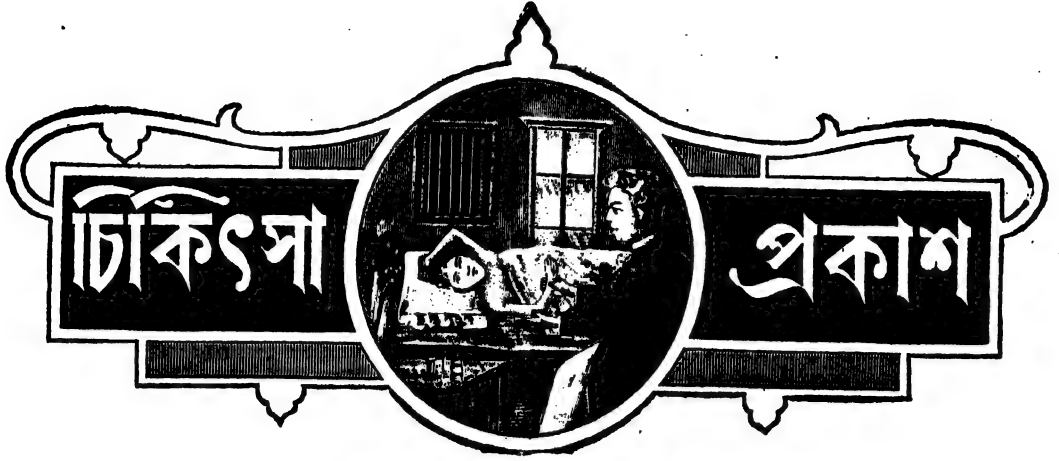
এলিম্বার ইউফবিয়া কোঃ	...	১ ড্রাম।
লাইকর আসেনিকেলিস	..	৩ মিনিম।
সিরাপ বাকস্ উইথ টলু	...	১/২ ড্রাম।
একোয়া	...	এড ১ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। দৈনিক ২ বার সেব্য।

এক সপ্তাহ এই ঔষধ খাইয়া রোগী ভাল থাকায় ঔষধ বন্ধ রাখিয়াছিল। কিন্তু মাত্র ৮।১০ দিন ঔষধ বন্ধ করার পরই পুনরায় পূর্ববৎ রোগাক্রান্ত হওয়ায়, আবার পূর্বের মত ঔষধাদি দেওয়া হইল।

রোগী ১২।১৩ দিন ঔষধ সেবন করিল, কিন্তু এই সমস্ত ভ্রমশ্রে কোন স্থায়ী ফল দেখা গেল না অর্থাৎ ঔষধ সেবন বন্ধ করিলেই রোগাক্রমণ দেখা দেয়। তখন কেবল এফিড্রিন হাইড্রোক্লোরাইড ট্যাবলেট (১/২ গ্রেণ) তাহাকে প্রাতে একটা, দুপুর বেলায় একটা ও রাত্রি ১০টায় একটা, এই ৩ বার জলের সহিত মিশ্র আকারে সেবন করিবার ব্যবস্থা করিলাম। সুখের বিষয়, ইহাতে একদিনেই রোগী প্রভূত উপকার অনুভব করিল। হাঁপানির প্রবল তান—যাহা এই রোগের প্রধান উপসর্গ, তাহা একদিনেই এরূপ কম হওয়ায় আশ্চর্য্য হইলাম।

৭।৮ দিন আমি স্থানান্তরে ছিলাম। রোগী প্রত্যহই ৩ বার করিয়া উক্ত ঔষধ খাইয়াছিল। আমি আসিয়া শুনিলাম—৩৪ দিন হইতে রোগীর অতিশয় অনিদ্রা উপস্থিত হইয়াছে, অথ কোনও কষ্ট নাই। এফিড্রিন দ্বারা মস্তিষ্কে (সমস্ত শারীর-বিধানেন্ড) রক্তসঞ্চাপ (Blood Pressure) বৃদ্ধি হয়; ইহাই অনিদ্রার কারণ মনে করিয়া—রাত্রে একটা এফিড্রিন ট্যাবলেটের (১/২ গ্রেণ) সহিত ১৫ গ্রেণ সোডি ব্রোমাইড একবার এবং প্রাতে মাত্র একটা এফিড্রিন ট্যাবলেট, এই দুইবার করিয়া সেবনের ব্যবস্থা করিলাম। ১০।১২ দিন এইরূপ ভাবে এবং তাহার পর কেবল রাত্রে একটা করিয়া এফিড্রিন ট্যাবলেট আরও কিছুদিন খাইয়া রোগী ঔষধ বন্ধ করিয়াছিল। বলা বাহুল্য, সোডি ব্রোমাইডের মাত্রা ক্রমশঃই কম করা হইয়াছিল। এই রোগীকে আর কোন ঔষধই দিই নাই। রোগী এখনও ভাল আছে। এখন রোগীকে হাঁপানির রোগী (Asthmatic patient) বলিয়া আদৌ মনে হয় না।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল— ফাল্গুন

১১শ সংখ্যা

অস্ত্রের পরিবর্তে—হোমিওপ্যাথিক ঔষধ

লেখক—ডাঃ শ্রীনীগোপাল দত্ত B. A. M. D. (Homoeo)

হোমিওপ্যাথ ও বাইওকেমিস্ট

কৈলা সহর বিভাগ, বাধীন ত্রিপুরা রাজ্য।



বর্তমান বৎসরের 'চিকিৎসা-প্রকাশের' প্রাথমিক সংখ্যা হইতে আরম্ভ করিয়া পরবর্তী কয়েক সংখ্যাতেই 'হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক মতে অস্ত্রচিকিৎসা' সম্পর্কে যৎকিঞ্চিৎ আলোচনা করিয়াছি। জানি না—হোমিওপ্যাথির অভয় মস্ত্রে দীক্ষিত এই ক্ষুদ্র লেখক "চিকিৎসা-প্রকাশের" সুখী পাঠক পাঠিকাবর্গের কৌতুহল কতটুকু উদ্দীপিত করিতে সমর্থ হইয়াছে। সে বাহা হউক, যদি অভিজ্ঞ চিকিৎসক ও লেখক বহুগণ তাঁহাদের অভিজ্ঞতার ফল মাঝে মাঝে 'চিকিৎসা-প্রকাশে' বিবৃত করেন, তবে আমাদের গ্রাম তরুণ

ভিত্তিক সম্প্রদায়ের এবং জনসাধারণের যে অশেষ কল্যাণ সাধিত হইবে, তাহাতে অমুমান্যও সন্দেহ নাই।

আমরা তরুণের দল—চিকিৎসাকার্য্যরূপ অতীব কঠিন দায়িত্বপূর্ণ সুমহান কর্তব্য-পথে চলিবার মত সম্মল আমাদের বিশেষ কিছুই নাই। ভবিষ্যতে কৃতকার্য্যতা লাভের আশা ও আনন্দ এবং বর্তমানের কর্ম্মপ্রচেষ্টা মাত্রই আমাদের প্রধান অবলম্বন। তাই "প্রাণ্ডলভ্যে ফলে উদ্ধারিস বামন" হইয়াও মাঝে মাঝে ছই এক কথা বলিতে ইচ্ছা হয় তাল মন্দ বিচারের ভার প্রবীণের উপর।

অন্য একটি রোগীর বিবরণ নিয়ে উল্লেখ করিতেছি।

রোগিণী ১—এখানকার জনৈক ভদ্রলোকের কন্যা। বয়ঃক্রম ১৬।১৭ বৎসর, প্রথম পোয়াতি। পূর্ণ দশ মাস গর্ভবতী।

গত জ্যৈষ্ঠ মাসের (১৩৩৭) মাঝামাঝি একদিন রাত্রিতে মেয়েটির তলপেটে বেদনা উপস্থিত হইলে, উহাদের বাসাস্থিত ছেলেদের প্রাইভেট টিউটর মহাশয়ই প্রথমে হোমিওপ্যাথিক ঔষধ প্রদান করেন। কিন্তু ঐ রাত্রি ভোর হওয়া পর্যন্ত বেদনার কোনওরূপ তারতম্য না হওয়ার আশাকে ডাকা হয়। আমি গিয়া জানিলাম—গত রাত্রি হইতেই মেয়েটির পুনঃ পুনঃ নিম্নলিখিত মলপ্রবৃত্তিসহ তলপেটে ও কোমরে প্রবল ব্যাধা হইতেছে। ইহা বাস্তবিকই প্রকৃত প্রসব বেদনা কি না, স্থিতির অল্প সমস্ত বিবরণ অবগত হইলাম। অবশেষে প্রকৃত প্রসব বেদনা বলিয়াই ধারণা হইল। উক্ত প্রাইভেট টিউটর মহাশয়কে জিজ্ঞাসা করিয়া জানিলাম যে, তিনি প্রবল ব্যাধা ও একটু একটু অসুস্থতা লক্ষ্য করিয়া, কয়েক মাত্রা

“একোনাইট” মাত্র দিয়াছিলেন। কিন্তু তাহাতে নিম্নলিখিত প্রসব বেদনা—সফল প্রসব বেদনায় পরিণত হয় নাই।

পক্ষান্তরে, রোগিণীর কষ্টেরও কোনও লাভ হয় নাই। যাহা হউক, বহু চিন্তার পর আমি এক মাত্রা **নক্স ভমিকা ২০০** (Nuxvomica 200 th.) দেওয়ার ক্ষুদ্র টিউটর মহাশয়কে বলিয়া বিদায় হইলাম।

বেলা প্রায় দুইটার সময় পুনরায় আমার ডাক পড়িল। সেখানে গিয়া জানিলাম যে, টিউটার মহাশয়টি আমার ব্যবস্থিত নক্সভমিকা (Nuxvom) দেন নাই। অল্প কি কি ঔষধ দিয়াছিলেন, বিবরণ হইয়া আমি আর তাহা জিজ্ঞাসা করিলাম না। ইতিমধ্যে শিক্ষিতা একটি ধাই আসিয়া মেয়েটির বধোপযুক্ত তত্ত্বাবধানে নিযুক্ত রহিয়াছেন দেখিতে পাইলাম। ধাই এর নিকট অসুস্থত্ব জানিয়া জানিলাম যে, জরায়ুর মুখ (os-uteri) ভয়ানক শক্ত (rigid)। মাঝে মাঝে একটু বেদনা হয় বটে, কিন্তু

প্রসব হওয়ার মত বেদনা (delivery pain) হইতেছে না, জরায়ুর মুখও তেমন খুলিতেছে না। কিন্তু পোয়াতি পূর্ণ গর্ভা এবং গত কল্যাকার অবস্থা প্রভৃতি বিবেচনায় ইহা যে কিছুতেই অপ্রকৃত প্রসব বেদনা (false pain) নহে; আমার এরূপ প্রতীতি জন্মিল। তাই আমি মেয়েটিকে এক মাত্রা **জেলসিমিসিয়া ২০০** (Gelsemium 200) প্রদান করিলাম এবং সন্ধ্যা পর্যন্ত এই ঔষধের ফলাফল দেখিতে বলিয়া চলিয়া আসিলাম।

সন্ধ্যার পর খবর আসিল—জরায়ুর মুখও খুলিয়াছে, বেদনাও খুব জোরে হইতেছে; কিন্তু সন্তান যেন কিছুতেই অগ্রসর হইতেছে না। তখন ঔষধ দেওয়া বন্ধ রাখিয়া প্রকৃতির উপর নির্ভর করিতে উপদেশ দিলাম। কিন্তু রাত্রি ৯টা পর্যন্ত সন্তান প্রসব না হওয়ার একটু চিন্তার বিষয় হইয়া দাড়াইল। অতঃপর ভগবানের উপর নির্ভর করিয়া একমাত্রা **সিকেকলি কর্নিউটাম ৩০** (Secale Cornutum 30) দিলাম। এই ঔষধে নিশ্চয়ই নির্কিয়ে সন্তান প্রসূত হইবে ভাবিয়া, নিশ্চিত মনে বাসায় চলিয়া আসিলাম।

রাত্রি ১২টার সময় একটি লোকের চীৎকারে হঠাৎ ঘুম ভাঙ্গিয়া গেল। লোক মারফতে ঔষধের অকৃতকার্যতার খবর পাইয়া তৎক্ষণাৎ রোগিণীর বাড়ীতে ছুটিয়া গেলাম। গিন্নি দেখিলাম—সেখানে অনেক লোক জড় হইয়াছে। ঢাকা মেডিক্যাল স্কুলের (Dacca Medical school) পাশ করা একজন সাব-এসিস্ট্যান্ট সার্জেন (Subassistant Surgeon) এবং ঢাকা জাতীয় মেডিক্যাল স্কুলের (Dacca National Medical school) পাশ করা একজন ডাক্তার, এই দুইজন চিকিৎসকই সেখানে উপস্থিত দেখিলাম। তাহাদের মধ্যে কেহ পিটুইট্রিন (Pituitrin) ইন্জেকশন করার এবং অন্য একজন প্রয়োজন হইলে ফরসেপ্স দ্বারা প্রসব করাইবার (forceps delivery) পক্ষপাতী

বুঝিতে পারিলাম। কিন্তু উপস্থিত ভদ্রমণ্ডলীর হোমিওপ্যাথিক ঔষধের উপর দৃঢ় বিশ্বাস আছে বুঝা গেল। তাই তাঁহাদের দ্বারা অম্লরুদ্ধ হইয়া আমি লক্ষণ সংগ্রহে ব্যাপ্ত হইলাম। শুনিলাম—যেয়েটা অসহ্য যাতনায় কাতর হইয়া “বাপরে, মারে, গেলামরে” বলিয়া অনবরত চীৎকার করিতেছে। কাহার সাধ্য যে, সেরূপ মর্শ্বেভেদী চীৎকার শুনিয়া সেখানে স্থির থাকিতে পারে। আমি এই লক্ষণটির (বাপরে, মারে, গেলামরে বলিয়া মর্শ্বেভেদী চীৎকার) উপর নির্ভর করিয়া ডাঃ শ্রাশের মন্তব্য অনুযায়ী * তৎক্ষণাৎ যেয়েটিকে **ক্যামোমিলা ২০০** (Chomomilla 200), একমাত্রা দিলাম এবং দুই ঘণ্টা মধ্যে এই ঔষধের দ্বারা নিশ্চয়ই ফল হইবে এরূপ বলিয়া আসিলাম।

রাত্রি প্রায় দুইটার সময় আবার খবর আসিল যে, **ক্যামোমিলা ২০০** (Chamomilla 200th) দেওয়ার পর হইতে সমস্ত বেদনা ও যন্ত্রণা যেন একেবারে হঠাৎ দূরীভূত হইয়া গিয়াছে। কিন্তু জরায়ুর মুখ পূর্বের ন্যায় বেশ খোলা আছে। শুনিলাম—এমতাবস্থায়

* বনামধ্যাত হোমিওপ্যাথ মহাশয়ি স্থান ক্যামোমিলা সম্বন্ধে যে মন্তব্য করিয়াছেন, তাহার সার মর্ম এহলে উদ্ধৃত হইল—“But in the Chamomilla case, the patient is exceedingly sensitive to the pain and exclaims continually—“Oh! I cannot bear the pain,” Many times have I met this condition in labour cases and in the majority of them cross, peevish, Snappish condition of mind accompanying and seen it changed in a short time to a mild, uncomplaining, Patient state, by a Single dose of Chamomilla 200 th” See *Nashi's Leaders in Therapeutics*, Pages 157-158.)

অর্থাৎ—“ক্যামোমিলার রোগী ভয়ানক যন্ত্রণা অনুভব করে এবং সর্বদাই “আমি আর যন্ত্রণা সহ করিতে পারি না” বলিয়া চীৎকার করিয়া থাকে। সন্তান প্রসবের সময় বহু রোগিণীর আমি এতাদৃশ অবস্থা প্রত্যক্ষ করিয়াছি এবং অল্প সময়ের মধ্যেই তাহাদের যন্ত্রণাবাদক অবস্থার মাত্র ২০০ শক্তির ১ কোঁটা ক্যামোমিলা ব্যবহারেই উপশম হইতে দেখিয়াছি। (ডাক্তার লীডার ইন্ থিরাপিউটিক্স ১৫৭—১৫৮ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য)

ফরসেপ্‌স দ্বারা প্রসব (Forceps delivery) করানই অনেকের মত হইয়াছে। কারণ, কেহ কেহ সন্দেহ করিতেছেন যে, হয়তো সন্তান পেটে মরিয়া গিয়াছে; অতএব অস্ত্রশস্ত্র লইয়া প্রস্তুত হইয়া আসিবার জন্য উপরোক্ত ডাক্তার দুইটিকে খবর দেওয়া হইয়াছে। আমি এই খবর পাইয়া তৎক্ষণাৎ রোগিণীর বাড়ীতে গেলাম। উপস্থিত প্রায় অধিকাংশেরই মত—ফরসেপ্‌স দ্বারা প্রসব কার্য সুসম্পন্ন করান। যাহা হউক, উক্ত ডাক্তারদ্বয় প্রয়োজনীয় প্রবাদি লইয়া না আসা পর্যন্ত, আমি আর এক মাত্রা ঔষধ দিতে মনস্থ করিলাম। আমার সম্পূর্ণ ধারণা হইল যে, সন্তান নিশ্চয়ই মরে নাই; হয়তো সন্তান জরায়ু মধ্যে কতকটা অস্বাভাবিক অবস্থানে অবস্থিত (malposition) আছে এবং সেই জন্যই এতটা গোলযোগের সৃষ্টি হইয়াছে। এরূপ সিদ্ধান্ত করিয়া এক মাত্রা **পাল্‌সেটিলা ২০০** (Pulsatilla 200) দিলাম। আশ্চর্যের বিষয় এই যে, এই ঔষধ প্রয়োগের ১৫ মিনিটের মধ্যেই হঠাৎ প্রবল ভাবে বেদনার উদ্বেক হইল এবং অনতিবিলম্বে যেয়েটা একটা ছেলে প্রসব করিল। অন্তঃপুর হইতে ছেলের ক্রন্দন ধ্বনি উদ্ভূত হইল। ঠিক এই সময় বাহিরে উক্ত ডাক্তারদ্বয়ের কধোপকধন শব্দ শুনা গেল। তাঁহাদের হস্তে অস্ত্রশস্ত্র দেখিতে পাইলাম। ঘরে প্রবেশ করিতে না করিতেই তাহাদের অস্ত্রোপচাররূপ উৎকট অভিনয় প্রদর্শনের জন্ত তাঁহারা যেন উদ্গীৰ্ব হইয়া উঠিলেন। কিন্তু ক্ষণকাল মধ্যেই ছেলের ক্রন্দনধ্বনি তাঁহাদের কর্ণরঞ্জে প্রবেশ করায় তাহাদের চমক ভাঙ্গিল। তথাপি তাঁহারা পিটুইট্রিন ইন্‌জেক্সন (Pituitrin injection) দিয়া ফুল (placents) বাহির করাইবার কণা পাড়িলেন। আমি তাহাতে বাধা প্রদান করিলাম। অল্পক্ষণ পরেই লোক আসিয়া বলিল—ফুল বাহির হইয়াছে। অতঃপর উক্ত ডাক্তার মহোদয়গণ নিজ নিজ অভিনয় করিতে বাধা প্রাপ্ত হওয়ায় যেন নিতান্তই হুঃখিত অন্তঃকরণে হানিম্যান সাহেবের অস্ত্রোপচিক্রিয়া সমাধা করিতে করিতে বিদায় হইলেন। আমি কিন্তু একটা গৌরব অনুভব করিতে করিতে প্রকৃত অন্তঃকরণে বাসায় চলিয়া আসিলাম।

হোমিওপ্যাথিক ঔষধের পার্থক্য-বিচার

লেখক—ডাঃ শ্রীনলিনীনাথ মজুমদার M. L. M. S.

থাগড়া—মুর্শিদাবাদ.

—:o:—

অমৃতমণী হোমিওপ্যাথিক শাস্ত্রের ভৈষজ্যতত্ত্বে এক একটি ঔষধের সহিত অনেক ঔষধের সৌসাদৃশ্য বর্তমান আছে। এই নিমিত্তই হোমিওপ্যাথির প্রকৃত ঔষধটি নারিকেল ফলের সস্তুর তায় বহু আবরণে আবৃত থাকে। সেই আবরণগুলি পৃথক করতঃ, যিনি ইহার উপাদেয় শত্ৰুংশ উদ্ধার করিতে সক্ষম হন, তিনিই ইহার অমৃতময় স্তফলের আশ্বাদন পাইবার অধিকারী হইয়া থাকেন। এই নিমিত্ত প্রত্যেক ঔষধের সমতুল্য ঔষধগুলির পার্থক্য বিচার-জ্ঞান, বিশিষ্ট ভাবে লাভ করা প্রত্যেক ভিষকেরই অবশ্য কর্তব্য। আমি এই প্রবন্ধে ধারাবাহিকরূপে সেই পার্থক্য-বিচারের চেষ্টা করিব। পাঠক এতদ্বারা কিকিঞ্চাত্ত স্তফল লাভ করিলে সমস্ত শ্রমের সাফল্য ঘটিবে।

একোনাইট নেপেলাস

Aconite napellus

(মানসিক লক্ষণ)

অনেকেই বলেন যে, “একোনাইটই হোমিও-শাস্ত্রের মেরুদণ্ড স্বরূপ।” সুতরাং একোনাইটের বিষয়ই প্রথমে আলাচনা করিব।

একোনাইটের সমগুণ সম্পন্ন ঔষধ—
এক্টিয়া, আস, বেল, ব্রাই, ক্যালো, পালস, রাসটর, সালফার, আর্নি, ক্যান্টো, ক্যান্থা, কফি, নক্স।

এক্কে উক্ত ঔষধগুলির কাহার সহিত কাহার বিরূপ পার্থক্য, তাহাই বিচার করা আবশ্যক।

একোনাইটের প্রধান মানসিক লক্ষণ—ভয়। মৃত্যু-ভয়, জনতার ভয়; এইরূপ সকল বিষয়েই সর্বদা ভয় এবং ভয়ভীতি অনুভূত।

এক্টিয়াতেও আশঙ্কা ও মৃত্যুভয় বর্তমান

আছে, কিন্তু এক্টিয়ায় যেন উন্মাদ হইবে এরূপ একটা ধারণা, হুংখিতান্তকরণ এবং শাস্তিহীনতা ও ইম্পোসিয়ার মত বারবার দীর্ঘনিশ্বাস ত্যাগ, স্নায়বীয় কম্পন ও দৌর্যলা আছে। এক্টিয়া একোনাইটে নাই।

একোনাইটের ন্যায় ভীর্ণতা—অরম, বেল, চায়না, ইগ্নে, ও ফস্ফরাসেও আছে। একোনাইটের মত অন্ধকারে ভয় এবং তূতের ভয় পালস ও আসেনিকেও আছে। আবার একোনাইটে আসন্ন মৃত্যু-ভয় যেমন আছে, তেমনি আসেনিক ও সিকেলিতেও আছে। কিন্তু মৃত্যুর দিন স্থির করিয়া বলা অল্প কোন ঔষধে নাই; কেবল উহা একোনাইটেই আছে। তবে এপিস ও কফিতে মৃত্যু সংঘটন বিষয়ে ভবিষ্যদ্বক্তা আছে বটে, কিন্তু মৃত্যুভয় আদৌ নাই। সুতরাং মৃত্যুভয় মুক্ত হওয়ার দিন নিশ্চয় করা কেবল একোনাইটের নিজস্ব লক্ষণ।

অরমের ভীর্ণতার সঙ্গে নৈরাশ্য, জীবনে বিতৃষ্ণা এবং ‘আত্মহত্যা’-প্রবৃত্তি প্রভৃতি মানসিক লক্ষণ বর্তমান থাকে। আর বেলেনডনার ভীর্ণতার সঙ্গে প্রচণ্ডতা, অজ্ঞানতা ও পলায়ন-প্রবৃত্তি ইত্যাদি লক্ষণ থাকে। চায়নার ভীর্ণতায়—ওদাস্ত, বিরাগ, সকল প্রকার পরিশ্রমে অনিচ্ছা ও অবসাদ ভাব বর্তমান থাকে। ইম্পোসিয়ার ভীর্ণতায়—সংযত শোক, হুংখ এবং উদাসীনতা, পর্যায়ক্রমে হস্ত ও ক্রন্দন প্রভৃতি লক্ষণ থাকে। ফস্ফরাসের ভীর্ণতায়—সুপ্তি, মুহু প্রলাপ, আলাপে অনিচ্ছা, আন্তে আন্তে

কথার উত্তর দান, নিরুৎসাহ ও বিষমতা বর্তমান থাকে। পর্যায়ক্রমে হাত ও ক্রন্দন ইগ্নোসিয়ার ন্যায় সঙ্ক্ষরাস, একোনাইট এবং নক্স অস্চেটীতেও আছে। স্তরায় ইহাদের স্ব স্ব বিশিষ্ট লক্ষণ দ্বারা পার্থক্য নির্ণীত হয়।

অন্ধকারে ভয় এবং ভূতের ভয় আসেনিক ও পালসেটিলাতেও আছে। আসেনিকের অত্যন্ত অস্থিরতা, মথারাহের পর রোগ লক্ষণ বৃদ্ধি এবং পালসেটিলার মুহু ও অক্ষপূর্ণ ছঃখিত ভাব; এই বিশিষ্ট লক্ষণ দ্বারা পার্থক্য নির্ণীত হয়।

আদম্ম মৃত্যুভয় একোনাইটের মত আসেনিক এবং সিকেলিরা আছে। তন্মধ্যে আসেনিকের অস্থিরতা, জ্বালা, উষ্ণতায় উপশম ও দ্বিপ্রহর রাত্রির পর পীড়ার বৃদ্ধি এবং শয়ন করিতে যাইতে মৃত্যুভয়; এই কয়েকটি লক্ষণসহ অন্ন মাত্রায় বারংবার জলপান লক্ষণ বিদ্যমান থাকে। আর বেলেডোনা ও ওপিয়ারমের ত্রায় সিকেলিতে অর্ধ নিদ্রিতাবস্থায় হতবুদ্ধিতা ও অত্যন্ত উৎকর্ষা এবং আবরণ কাতরতা থাকে।

বেলেডোনাও একোনাইটের সমতুল্য ঔষধ। একোনাইটের মত স্নায়বীয় উত্তেজনা সহ অতিশয় ভীকতা ও ব্যাকুলতা এবং প্রলাপ বেলেডোনাতেও আছে। কিন্তু বেলেডোনার ত্রায় প্রচণ্ড প্রলাপ, বস্ত্র ছিন্ন করা, আপন দেহে আঘাত ও অপরকে দংশন করা একোনাইটে নাই। এগুলি বেলেডোনার নিজস্ব।

ব্রাইওনিয়া আর একটি একোনাইটের সমতুল্য ঔষধ। একোনাইটের মত ভয় ও বিরক্তি ইহাতেও আছে; কিন্তু এ ভীকতা মানসিক অবসাদ সহ থাকে। ব্রাইওনিয়ার প্রলাপ কেবল বিষয়কাণ্ডে সঙ্কীর্ণ। অত্যন্ত ক্রোধপ্রবণতা; ক্যামোমিলা ত্রায় সকল বিষয়েই ক্রোধ; নড়িতে অনিচ্ছা, হির থাকার প্রবৃত্তি ব্রাইওনিয়ার

প্রধান পরিচায়ক লক্ষণ। কিন্তু একোনাইটে অস্থিরতা থাকে।

ক্যামোমিলা ঔ—ইহার সহিতও একোনাইটের কিছু সাদৃশ্য আছে। একোনাইট ও আসেনিকের ন্যায় ক্যামোমিলাতেও অত্যন্ত অস্থিরতা ও পার্শ্ব পরিবর্তন এবং ব্রাইওনিয়ার মত অতিশয় কোপনতা, সকল বিষয়েই অত্যন্ত ক্রোধ লক্ষণ আছে। ক্যামোমিলার রোগী নিরতিশয় ধীর এবং রোগীর অশিষ্ট বাক্যালাপ, যাতনার অসহ্যতা প্রভৃতি একোনাইট হইতে স্বতন্ত্র।

পালসেটিলা ঔ—একোনাইটের ত্রায় পালসেটিলার মূঢ়া নিকট মনে করিয়া উৎকর্ষা, রাত্রে ভূতের ভয়, বিলাপ প্রভৃতি লক্ষণ আছে। তবে পালসেটিলার রোগীর স্বভাব নিতান্ত নম্র, কোমল, অথচ ভীক প্রকৃতি।

রাসটেক্স ঔ—রাসটেক্সের সহিতও একোনাইটের কিছু সাদৃশ্য লক্ষিত হয়। কারণ একোনাইট, আসেনিক, এবং রাসটেক্স, এই তিনটি ঔষধেই অস্থিরতা আছে। অস্থিরতা এই তিনটি ঔষধেরই প্রধান লক্ষণ। একোনাইটের অস্থিরতা সাধারণতঃ উগ্র প্রাদাহিক জ্বরের সহিত বিদ্যমান থাকে। একোনাইটের জ্বরে পিপাসামুক্ত উত্তাপ; দৃঢ়, পূর্ণ ও চঞ্চল নাড়ী; ব্যাকুলতা; অস্থিরতা; কিন্তু অশান্তি ও যাতনার জন্ত অত্যন্ত ছটফটানি থাকে।

আসেনিকের অস্থিরতা—শেবাবস্থায় রোগীর শক্তি হ্রাস পাইলে অথবা নিস্তেজ প্রকৃতির টাইয়েড জ্বরে প্রকাশ পায়। একোনাইটের রোগী ভয় এবং যাতনায় ইতস্ততঃ লুপ্তিত হয়। কিন্তু আসেনিকের রোগীর যাতনায় ও অস্থিরতায় অবলুণ্ঠন প্রবৃত্তি আসিলেও, অতিশয় দৌর্জলা বশতঃ রোগী উহা প্রকাশ করিতে পারেনা। কারণ, রোগী ইচ্ছানুরূপ নড়াচড়া করিতে সক্ষম হয় না। কিন্তু তথাপি এক স্থান হইতে স্থানান্তরে বা এক শয্যা হইতে শয্যান্তরে যাইবার একান্ত অমুদ্রাগ প্রকাশ করে। কিন্তু রোগী নিজে অন্ন মাত্র চেষ্টা করিলেই তাহার অত্যন্ত অবসন্নতা উপস্থিত হয়। আসেনিকের রোগীর পূর্বোক্তরূপ

মৃত্যুভয় থাকে বটে, কিন্তু তাহা একোনাইটের ভয়ের মত নহে—উহা এক প্রকার উৎকর্ষা বিশেষ। রোগী মনে করে যে, তাহার রোগ আর আরোগ্য হইবে না—ঔষধে তাহার কোন ফল দর্শিবে না—তাহার মৃত্যুই হইবে। শারীরিক অস্থিরতার জায় তাহার মানসিক অস্থিরতারও আতিশয্য থাকে।

রাসটক্সের অস্থিরতা :—অবিরাম বেদনা ও স্পর্শ-অসহিষ্ণুতা বশতঃই রাসটক্সের রোগীর অস্থিরতা জন্মে। প্রকৃত স্বাভাবিক কারণে রাসটক্সের রোগীর আর এক প্রকার আন্তরিক অস্বচ্ছন্দতা প্রকাশ পায়, তজ্জন্ত বিশেষ কোন প্রকার বেদনার বিস্তারিততা না থাকিলেও, রোগীকে সঞ্চালিত হইতে বাধ্য হইতে হয়। এই অস্বচ্ছন্দতাও একোনাইট ও আসেনিকের প্রায় সমতুল্য। ব্রাইওনিয়ার নড়িলে চড়িলে বৃদ্ধি এবং নড়িলে চড়িলে হ্লাস রাসটক্সের প্রধান পরিচায়ক লক্ষণ। একোনাইট ও আসেনিকের জায় রাসটক্সের রোগীও একপার্শ্ব হইতে অল্প পার্শ্বে অবলুপ্তিত ও ঘূর্ণিত হইয়া থাকে। এই প্রকার পার্শ্ব পরিবর্তনে রাসটক্সের উপশম জন্মে, কিন্তু একোনাইট ও আসেনিকে উপশম জন্মে না। ইহাই এখানকার পার্থক্য।

সালফার :—সালফারের সহিত একোনাইটের সাদৃশ্য আছে। সলফারের ভীকতা সন্ধ্যাকালে উপস্থিত হয়। ইহাতেও বিলাপশীলতা আছে, কিন্তু মানসিক ও শারীরিক আলস্যই অধিক।

আর্গিকা :—একোনাইটের সহিত আর্গিকার সাদৃশ্য লক্ষণ এই যে, আর্গিকার রোগীর নিকট যে সকল ব্যক্তি আইসে, রোগী তাহাদের দ্বারা আঘাত প্রাপ্ত হইবার ভয় করে; রোগী যে শয্যা শয়ন করে, তাহা অত্যন্ত কঠিন বোধ হওয়ায় নরম স্থান অন্বেষণ জন্ত অবলুপ্তিত হইয়া অস্থিরতা প্রকাশ করে। ঐরূপ ভীকতা ও অস্থিরতাই আর্গিকার বিশেষত্ব। (শয্যা কঠিন বোধ হওয়া পাইরোজেনেরও লক্ষণ।)

ক্যান্টাস :—ইহাও আর একটি একোনাইটের সদৃশ ঔষধ। ক্যান্টাসের রোগী মনে করে যে, তাহার রোগ আরাম হইবে না—অতএব মৃত্যুই হইবে; এইরূপে মৃত্যু ভয় হয়। বিলাপপ্রবণতা এবং নীরবতা উভয়ই থাকে।

ক্যান্সারিস :—ইহার রোগীরও অস্থিরতা ও যাতনা দৃষ্ট হয়। সময়ে সময়ে রোগী কাতরোক্তি ও চিৎকার করে; অবিরত নড়িতে চড়িতে চায়; ক্যান্সারিসের মানসিক লক্ষণ দেখিলে একোনাইট এবং আসেনিক মনে পড়ে। দারুণ জ্বালা লক্ষণে আসেনিকই অনেকটা সদৃশ বোধ হয়।

কফিয়া :—কফিয়ার যন্ত্রণা অসহ্য বোধসহ অস্থিরতা এবং যাতনায় অবলুপ্ত লক্ষণ দেখিয়া একোনাইটের কথা মনে পড়ে; কিন্তু একোনাইটে মৃত্যুভয় আছে, কফিয়াতে তাহা আদৌ নাই। বেদনার ঔষধরূপেও কফিয়ার সঙ্গে ক্যামোমিলা এবং একোনাইটের প্রতিযোগিতা দৃষ্ট হয়। ইহাদের স্বপ্ন লক্ষণানুযায়ী ব্যবস্থেয়।

নক্সভমিকা :—নক্সভমিকার অত্যন্ত অনুভবাত্মকতা; উৎকর্ষা; বিরক্তচিত্ততা; অস্থিরতা; প্রভৃতি লক্ষণগুলির সহিত একোনাইটের আংশিক সাদৃশ্য থাকিলেও, নক্সভমিকার লক্ষণগুলি সম্পূর্ণ স্বতন্ত্র। ইহা বধাস্থানে বলা যাইবে।

উপরে একোনাইটের মানসিক লক্ষণের পার্থক্য-বিচার বিষয়ক আভাস প্রদর্শিত হইল। এক্ষণে যন্ত্রক সম্বন্ধীয় লক্ষণের পার্থক্য প্রদর্শিত হইতেছে।

যন্ত্রক

শিরোঘূর্ণন—একোনাইটের বিবমিষা ও অন্ধকার দৃষ্টিসহ শিরোঘূর্ণন, শায়িত অবস্থা হইতে উত্থানে শিরোঘূর্ণন আছে—যাহা ব্রাইওনিয়া, ক্যামোমিলা ও ফসফরাসেও আছে। একোনাইটে উক্তরূপ শিরোঘূর্ণন সহ মূর্চ্ছা ও পাত্তুবর্ণ মুখমণ্ডল (বেল, পাল্প, সালফার); ক্রোধ, ভয়

অথবা আকস্মিক রক্তঃলোপজনিত শিরোধূর্ণন (ব্রাইও, পডো, পালস, কেলি-বাই) উপস্থিত হয়। এক্ষেপে উক্ত তুলনীয় ঔষধগুলির পার্থক্য বিচার করা হইতেছে।

ব্রাইওনিয়ার শিরোধূর্ণন :—উখিত হইলে শিরোধূর্ণন, বিবমিষা ও মূর্ছা (একোনাইট, পালসেটিল) ; দৃষ্ট বস্তুসকল যেন আন্দোলিত ও মস্তিষ্ক যেন চারিদিকে ঘূর্ণিত হইতেছে ; মস্তক যেন চাকার মত ঘুরিতেছে (বেলেডোনা, নক্স) ; শিরোধূর্ণন বশতঃ হইতে পৃথক করা যাইবে। পশ্চাদিকে ছলিয়া পড়িতে হয় ; আসন হইতে উত্থানে

(সালফার) অথবা শয্যা হইতে উত্থানে (ফসফরাস, রাসটক্স) কিম্বা শয্যায় উঠিয়া বসিলে এবং মাথা উঠাইলে (একোনা, চায়না) শিরোধূর্ণন, এই লক্ষণগুলির অনেকই ব্রাইওনিয়ায় আছে এবং ইহারা একোনাইটের সমতুল, কিন্তু ব্রাইওনিয়ার মানসিক লক্ষণ এবং বৎসামান্য সঞ্চালনে বৃদ্ধি এবং সম্পূর্ণ স্থির থাকিলে উপশম এই বিশিষ্ট লক্ষণ কয়েকটি দ্বারা ব্রাইওনিয়াকে একোনাইট

(ক্রমশঃ)

বিবিধ রোগের প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ ঔষধ

লেখক—ডাঃ জীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ—হুগলী

(পূর্ব প্রকাশিত ৯ম সংখ্যার (পৌষ) ৪৭৫ পৃষ্ঠার পর পর হইতে।)

—:*(*)::—

(৯৭) পালাজর—আর্স ও চায়না

পালাজর সকলেরই সুপরিচিত। পালাজর ম্যালেরিয়া জরেরই অগ্রতম শাখা। কবিরাজি শাস্ত্রে ইহাকে “রক্তাপ্রিত জর” বলে। একদিন ভাল থাকিয়া আবার পরদিন জর হইলে তাহাকে “একদিন অন্তর পালাজর” বা “ত্রৈমাসিক জর” (Tertian fever) এবং দুইদিন ভাল থাকিয়া তৎপরদিন জর হইলে তাহাকে “দুইদিন অন্তর পালাজর” বা “দ্ব্যাহিক জর” (Quartan fever) নামে কথিত হয়। এতদ্ব্যতীত ত্র্যাহিক, চতুর্থক, সাপ্তাহিক, পাক্ষিক, মাসিক, যাদ্মাসিক, বাৎসরিক প্রভৃতি অনেক প্রকার পালাজর আছে। “একদিন” ও “দুই দিন অন্তর

পালাজর” ই সাধারণতঃ বেশী হইতে দেখা যায়। আমি এই দুইটা পালাজরের কথাই এখানে আলোচনা করিব।

“একদিন অন্তর জর” প্রায়ই বেলা দুই প্রহরের মধ্যে এবং “দুইদিন অন্তর জর” প্রায়ই বৈকালে আসিয়া পাকে ; কদাচিৎ ইহার ব্যতিক্রমও দৃষ্ট হয়। এই জর ক্রমশঃ দৈনন্দিন আগাইয়া (Anticipating) হইতে থাকিলে কঠিন বা সম্বরে সারিবে না এবং পিছাইয়া অর্থাৎ পশ্চাদগামী (Postponing) হইতে থাকিলে সহজসাধ্য বা আরোগ্যোন্মুখ বৃদ্ধিতে হয়।

পালাজর কতক সময় রোগীর দেহে গুপ্তভাবে অবস্থান করিয়া, আবার ঠিক নির্দ্ধারিত সময়ে যেন কোথা

হইতে আসিয়া দেখা দেয়। এই জর ভাল হইয়া যাওয়ার পর, আবার যখন সেই ব্যক্তির জর হয়, তখনও ঐ প্রকার পালাজর হওয়ার সম্ভাবনা থাকে। অন্তান্ত জরের ত্রায় পালাজর আশু প্রাণনাশক নহে; কিন্তু সহজে ভাল হয় না বলিয়া, দীর্ঘকাল রোগ-ভোগের জন্ত যক্ষ্ম-দ্রুহাদি বিবর্তিত হওয়ায় রোগীকে একেবারে অকর্মণ্য ও জীর্ণ শীর্ণ করিয়া ফেলে—বিশেষতঃ “তুই দিন অন্তর জরে” অনেককেই জেরবার হইতে হয়। এই জরের ভোগকাল অনেকের মতে আড়াই বৎসর।

পালাজর সহজে ছাড়িতে চাহে না বটে, কিন্তু সামান্য টোটকা ঔষধ ধারণ করিলে, অথবা শুকিলেও সারিয়া যায়; আবার মস্ত দ্বারাও আশ্চর্যরূপে পালাজর ভাল হইবার কথা শুনা যায়।

আমার চিকিৎসা-জীবনের প্রথম ভাগে একজন বৃদ্ধ ওস্তাদ স্বতঃপ্রণোদিত হইয়া লোকহিতার্থে অথবা আমারই হিতের জন্ত অনেক রোগের টোটকা ঔষধ আমাকে শিখাইতে চেষ্টা করিতেন। যদিও উহা শিখিতে আমার আগ্রহ ছিল না এবং আমি কখনও সেই সকল ঔষধ কোন রোগীতে ব্যবহার করি নাই, তথাপি আমার মনে হয়—তিনি বলিতেন যে, “আপাং (অপামার্গ) গাছের শিকড় হাতের মনিবন্ধে (যে স্থানে বিবাহের সময় হরিদ্রা-রঞ্জিত সূতা বাঁধা হয়) চরকায় কাটা সূতা দিয়া বাঁধিয়া দিলে (এক পালার দিন হইতে অত্র পালার দিন পর্যন্ত) কিম্বা কৃষ্ণ অপরাজিতার পাতা রগড়াইয়া উহার ত্রাণ লইলে পালাজর ভাল হয়। পালাজরের আরও অনেক রকম টোটকা বা গাছ-গাছড়া ঔষধ আছে; আমি ঐ সকল ফলপ্রদ বলিয়া বিশ্বাস করি।

মন্ত্রশক্তির কথাও একটু বলিব। বিজ্ঞানান্ভিমানে আমার সহযোগিতা কি মনে করিবেন, তাহা জানি না; কিন্তু সত্যের অপলাপ ও অবমাননা না করিয়া আমি অকপটে তাহা ব্যক্ত করিব। সে আমার পূর্বস্মৃতি—বহুদিনের কথা। আমি বাল্যকালে মাতামহের নিকটে লালিত পালিত হইয়াছিলাম, তিনি চাকরী উপলক্ষে

রাজসাহী জেলায় থাকিতেন। আমি তথা হইতে অনেক দূরে খাজুরা নামক গ্রামে অধ্যয়ন করিতাম। তখন আমার বয়স ১২/১৩ বৎসর হইবে। আমার আশ্রয় ও অন্নদাতা জমিদার হরিপ্রসাদ সন্তাল মহাশয়ের নায়েব মহাশয় লোকহিতার্থে অনেক প্রকার ঔষধ (কবিরাজি বড়ী) সাধারণ গরিব দুঃখীক দান করিতেন এবং কোন কোন রোগ মন্ত্র-শক্তির দ্বারা আরোগ্য করিয়া দিতেন। প্রত্যহ অনেক রোগীকে রোগমুক্ত হইতে দেখিয়া আমি তাঁহার ঔষধ ও মন্ত্রের প্রতি আকৃষ্ট হইয়াছিলাম ও তাঁহার ক্রিয়া-কলাপ বিশেষ মনোযোগের সহিত প্রত্যক্ষ করিতাম।

একদিন দেখিলাম—পার্ববর্তী গ্রাম হইতে “তুই দিন অন্তর জরে” পীড়িত একজন জীর্ণ শীর্ণ রোগী অতি প্রত্যাঘে সমাগত হইয়াছে এবং সে ঐরূপ সময়ে উপযূর্ণপরি চারিদিন (এক পালার দিন হইতে পরবর্তী পালার দিন পর্যন্ত) নায়েব মহাশয়ের নিকটে আসিয়া ডাকিত। নায়েব মহাশয় শয্যাভ্যাগ করিয়াই তাহাকে বহির্দ্বারে লইয়া গিয়া পূর্বমুখে বসাইয়া ঝাড়িয়া দিতেন। নিয়ম ছিল—শনি মঙ্গলবারে পালার দিন হইতে ঝাড়িতে আরম্ভ করিতে হইবে এবং রোগী ও তিনি প্রত্যাঘে জলস্পর্শ না করিয়া বাসিমুখে ঐ কার্য সমাধা করিবেন। আশ্চর্যের বিষয়—কোন ঔষধ না দিয়া কেবল মাত্র মন্ত্র-শক্তিতে ঐ রোগীটি আরাম হইয়াছিল।

আমার মাতামহ যে স্থানে থাকিতেন, তথায় আমাদের বাসার সন্নিকটে একজন দরিদ্র মুসলমান প্রায় বৎসরাধিক কাল তুই দিন অন্তর পালাজরে আক্রান্ত হইয়া একেবারে কাজকর্ম করিতে অশক্ত হইয়া পড়িয়াছিল। তাহাতে তাহার সংসারে কষ্টের অবধি ছিল না। আমার মনে হইল এই মন্ত্র শিক্ষা করিয়া তাহাকে আরাম করিয়া দিতে পারিলে ঐ লোকটাও রোগমুক্ত হয় এবং তাহার সংসারের কষ্টও বিদূরিত হইয়া যায়। আমার মনোভাব নায়েব মহাশয়কে জানাইয়াছিলাম, তিনি আনন্দের সহিত আমাকে মন্ত্রটি শিখাইয়া দিলেন। আমি একদিন বাড়ী

গিয়া ঐ ব্যক্তির শনিবারে জরের পালা কোন দিন হইবে, তাহা জানিয়া আসিলাম ও সেইরূপ সময়ে স্কুলের ছুটি লইয়া শুক্রবারে বাড়ী গেলাম এবং শনি হইতে মঙ্গলবার পর্যন্ত যথারীতি ঝাড়িয়া দিলাম। শনিবারে অল্প জর বোধ হইলেও, মঙ্গলবার হইতে জর ভাল হইয়া গেল।

এই সুদীর্ঘ কালের মধ্যে আমি আরও তিনটা রোগীতে এই মন্ত্র-শক্তি প্রয়োগ করিয়া সুফল প্রাপ্ত হইয়াছিলাম। আমি আর কোন রোগের মন্ত্র জানিনা, কিন্তু রাজসাহী জেলায় ৫০ বৎসর পূর্বে আমি অনেক প্রকার কঠিন রোগ মন্ত্র-শক্তিতে আরাম হইতে দেখিয়াছি।

“দুই দিন অন্তর জরের” উক্ত মন্ত্রটি প্রকাশ করিলে হয়ত অনেকের উপকার হইতে পারিত, কিন্তু মন্ত্রদানের পাত্রাপাত্র আছে। যিনি মন্ত্র-শক্তিতে আস্থাবান ও মন্ত্র-শক্তি চালনা করিতে পারেন, সেরূপ উপযুক্ত শিষ্য ব্যতিরেকে যাহাকে তাহাকে মন্ত্রদান করা যাইতে পারে না, এজন্য মন্ত্রটি প্রকাশ করিতে পারিলাম না। বিশ্বাস ও ভক্তি সহকারে যিনি মন্ত্রটি শিখিতে চাহেন, টিকিট সমেত পত্র লিখিলে, তাহাকে জানাইতে পারি।

হোমিওপ্যাথিতে পালাজরের প্রায় ৫০টি প্রধান ঔষধ দেখিতে পাওয়া যায়। লক্ষণানুসারে প্রয়োগ করিতে পারিলে উহাদের কোনও একটি ঔষধের দুই এক মাত্রাতেই মন্ত্র-শক্তির ন্যায় সঙ্গে সঙ্গে পালাজর আরোগ্য হইয়া থাকে। কিন্তু এত ঔষধের ভিতর হইতে প্রকৃত ঔষধ খুঁজিয়া বাহির করা সহজসাধ্য নহে বলিয়া, অনেক সময় রোগী আরাম হয় না। প্রকৃত ঔষধ নির্বাচনার্থ চিকিৎসককে যথোচিত পরিশ্রম করিতে হয়, রোগীরও ধৈর্য্যাবলম্বন আবশ্যক।

উল্লিখিত ঔষধগুলির মধ্যে অবস্থানুসারে সচরাচর **আসেনিক** ও **চায়না**, ইহাদের কোন একটির সাহায্যে একদিন বা দুইদিন অন্তর পালাজর আরাম হইয়া থাকে। কোন কোন রোগীতে এমন কতকগুলি সুস্পষ্ট লক্ষণ ও কারণ দেখিতে পাওয়া যায়,— যাহা ঐ দুইটির কোনটি প্রায়ই নির্দেশিত হইতে পারে,

এবং সু নির্বাচিত হইলে দুই এক মাত্রা ঔষধেই রোগী রোগমুক্ত হইয়া থাকে। নিম্নে এই দুইটি ঔষধের বিশিষ্ট লক্ষণগুলি যথাক্রমে বলিতেছি।

আসেনিকের লক্ষণ :—জরের ভোঁকাল দীর্ঘস্থায়ী; অতিশয় গাত্রদাহ; উদরমধ্যে জ্বালা; অত্যন্ত পিপাসা—বিশেষতঃ ঘণ্টাবস্থায়, রোগী পুনঃ পুনঃ অল্প পরিমাণ জল খায়; অল্পক্ষণ পরে ভুক্তজল পেটের মধ্যে গরম হইলে গা বমি বমি করে, অথবা বমি হয়; অত্যন্ত উৎকর্ষা ও অস্থিরতা, রোগী এপাশ ওপাশ করে; রোগী জীর্ণ শীর্ণ পাণ্ডুবর্ণ; ক্লান্ত; নাড়ী দ্রুত; জিহ্বা পরিকৃত; মলে দুর্গন্ধ; নিদ্রাহীনতা; প্রতি ৩য় দিনে একঘণ্টা আগে জ্বর আসে অর্থাৎ জরের আগ্রোপসারক প্রকৃতি, ইত্যাদি লক্ষণে আসেনিক মহৌষধ। আসেনিকের ২০০ শক্তিই উপকারী।

চায়নার লক্ষণ :—জরের শীত, উষ্ণ ও ঘণ্টাবস্থা অতি সুস্পষ্ট; শীতের সময় রোগী গরম ভালবাসে; শীতের পূর্বে ও ঘণ্টাবস্থায় পিপাসা; উত্তাপাবস্থায় উদ্বেগ, হৃদপিণ্ডের প্যাল্পিটেশন বা হৃদস্পন্দন; বিবমিষা ও অত্যন্ত ক্షুধাবোধ; পেটে—বিশেষতঃ, পাকস্থলীতে চাপনবৎ বেদনা; ম্লীহা, যকৃত বড় এবং উহাতে বেদনা; পৃষ্ঠে ব্যথা; শিরঃশীতা, মস্তক যেন ছিঁড়িয়া যায়; প্রচুর ঘাম হয়; শীতের সময় রোগী হাত পা শুটাইয়া কুঁজো হইয়া থাকে; বহু দিনের জ্বর, কুইনাইন সেবনেও জ্বর বন্ধ হয় না; অত্যন্ত দুর্বল; রক্তাশ্রিত; পা ফুলা; জ্বর নির্দিষ্ট কালের পূর্বে বা পরে আসে প্রকৃতি লক্ষণে চায়না অব্যর্থ ঔষধ।

পালাজরে চায়নার ২০০ শক্তি কার্যকরী। জরের পূর্বদিন প্রাতে এক মাত্রা ও জরের দিন প্রাতে বিজর অবস্থায় এক মাত্রা প্রয়োগই যথেষ্ট হয়। ইহার পর রোগীর বিশ্বাস জন্ম প্রত্যাহ ২৩ বার অনৌষধি (সুগার অব্‌মিক) পুরিয়া সেবনার্থ ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

চায়না ও আসেনিকে আমি অনেক রোগী আরাম করিয়াছি। এস্থলে মাত্র দুইটি রোগীতত্ত্ব লিপিবদ্ধ করিলাম।

(১) রোগী :—মহানাদের সম্যাসী সরদারের

কনিষ্ঠ পুত্র। পুত্রটীর বয়স যখন ৯/১০ বৎসর, তখন তাহার “ছই দিন অন্তর পালাজর” হয়। সন্ধ্যাসী নিজে ওস্তাদ লোক ছিল, অনেক প্রকার মুষ্টিযোগাদি জানিত। পুত্রকে আরাম করিতে নিজে অনেক চেষ্টা করিয়াছিল এবং অত্যন্ত চিকিৎসকেরও ঔষধ খাইয়াছিল; কিন্তু কিছুতেই জর ভাল হয় নাই। এইরূপে প্রায় বৎসরাধি রোগ ভোগের পর বালকটী আমার চিকিৎসাধীনে আসে। বালকের জর অপরাক্ত ২টা কি ৩টার সময় আসিত; জর আসিবার পূর্বে একবার বাহে হইত এবং তাহার পর জর আসিলেই সে মাটিতে পড়িয়া গড়াগড়ি দিত বা ছটফট করিত। অনেককণ জরভোগের পর (দর্শ্যাবস্থায়) জল খাইয়া বমি করিত। অনেক প্রকার ঔষধ খাইয়াছিল বলিয়া আমি তাহাকে জরের পূর্বে দিনে এক মাত্রা নক্সভমিকা ২০০ দিয়া, পরদিনে এক মাত্রা অ্যাসেনিক ২০০, খাইতে দিই; তাহাতেই বালকটীর জর ভাল হইয়া গিয়াছিল।

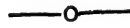
(২) রোগী :—হুগলী জেলার রামনাথপুরের ডাক্তার শ্রীযুক্ত রামকিশোর বাবুর সহিস। এই ব্যক্তি “একদিন অন্তর পালাজরে” আক্রান্ত হইয়া প্রায় এক মাস হইল ভুগিতেছিল, কোন কাজ কর্ষ করিতে পারিতেছিল না। সে কুইনাইন প্রভৃতি খাইয়াছিল, ভাল হয় নাই। অবশেষে আমার নিকট আসে। বেলা ১২টার মধ্যে তাহার খুব কল্প দিয়া জর আসিত এবং সন্ধ্যার পূর্বেই ঘাম হইয়া জর ছাড়িয়া বাইত। সে এলোপ্যাথিক ঔষধ খাইয়াছিল এবং একটু একটু গাঁজা (২১ বার) খাওয়ার অভ্যাস আছে বলিয়াছিল; সেজন্য পূর্বেদিনে নক্সভমিকা ২০০, একমাত্রা খাইতে দিয়া, পরদিনে (পালার দিন প্রাতে) চাস্মনা ২০০, এক মাত্রা খাইতে দিই। ইহাতেই তাহার জর ভাল হইয়াছিল, জরের আর পুনরাক্রমণ হয় নাই।

(ক্রমঃ)

পীড়ার লক্ষণ—Symptoms of Diseases

লেখক—ডাঃ শ্রীহরিশংকরচন্দ্র চট্টোপাধ্যায় F.H.A.M.D. 'Homœo

মেমারি, বর্দ্ধমান



প্রকৃত পক্ষে লক্ষণ সমষ্টিকেই “পীড়া” বলা যায়। লক্ষণ বাদ দিলে রোগের কোন অস্তিত্বই থাকে না। হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসায় এই জন্তই রোগীর লক্ষণ সমূহের প্রতিই সম্পূর্ণ নির্ভর করা হইয়া থাকে। যিনি যত পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে রোগীর লক্ষণ সমষ্টি সংগ্রহ করিতে—অবগত হইতে পারেন; চিকিৎসার ফল তাহার তত সন্তোষজনক হইয়া থাকে।

রোগীর রোগ-লক্ষণ সংগ্রহকালে বিশেষ সতর্ক হইয়া কার্য করিতে হয়। ধীর চিন্তে—সতর্ক হইয়া

লক্ষণ সংগ্রহ না করিলে, অনেক সময়েই অপ্রকৃত লক্ষণ দ্বারা চিকিৎসক প্রতারণিত হইতে পারেন। ইহার ফলে, অমুপযুক্ত ঔষধ নির্ধারিত হওয়া অনিবার্য। বলা বাহুল্য, এইরূপ অমুপযুক্ত ঔষধ প্রয়োগের ফল যে, কেবল রোগীর পক্ষেই অনিষ্টকর হয়, তাহা নহে—ইহার ফলে চিকিৎসকের বিড়ম্বনা ভোগ—প্রাণের প্রতিপত্তি বিনাশ অবশ্যস্বাভাবী হইয়া থাকে।

অনেক হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকের ধারণা যে—লক্ষণ সমষ্টিই যখন “পীড়া” এবং এই লক্ষণ সমষ্টির সাধু

অনুসারে ঔষধ নির্বাচন করিতে পারিলেই যখন পীড়ারোগ্য অনিবার্য, তখন একমাত্র ভৈষজ্যতবে (মেটিরিয়া মেডিকা) জ্ঞান লাভ করিতে পারিলেই, হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করায়াই হইতে পারে। বাহ্যতঃ এ ধারণা অনেকাংশে সত্য হইলেও মূলতঃ এ ধারণা নিতান্তই ভুল। লক্ষণ সমষ্টিই “পীড়া” এবং এই লক্ষণ সমষ্টির সহিত সমতুল্য করিয়া—সমলক্ষণযুক্ত ঔষধ প্রয়োগ করিতে পারিলে রোগ আরোগ্য হইতে পারে, অবশ্য তাহাতে কোন সন্দেহ নাই; কিন্তু যথাযথভাবে এই রোগ-লক্ষণ সমূহ বিদিত হইতে হইলে কেবল মেটিরিয়া মেডিকার উপর নির্ভর করিলে চলে না—চিকিৎসাশাস্ত্রের বিভিন্ন বিষয়ে—বিশেষতঃ, শারীর বিধান-তবে (ফিজিওলজি) বিশেষ জ্ঞান থাকা সর্বোত্তমভাবে কর্তব্য। চিকিৎসাশাস্ত্রের বিভিন্ন বিষয়ে যথোচিত জ্ঞান আছে বলিয়াই, উচ্চ শিক্ষিত এলোপ্যাথিক চিকিৎসকগণের মধ্যে যাহারা হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা অবলম্বন করেন, তাঁহারা শীঘ্রই খ্যাতিনামা চিকিৎসকরূপে পরিণত হইয়া থাকেন। হোমিওপ্যাথগণের মধ্যেও যাহারা এনাটমি, ফিজিওলজি প্যাথলজি প্রভৃতি শাস্ত্রে অভিজ্ঞ, তাঁহাদিগকেই শীঘ্র কার্যকুশলী চিকিৎসক হইতে দেখা যায়।

সুস্থাবস্থার ব্যতিক্রমের নাম—পীড়া, আবার লক্ষণ সমষ্টিই পীড়ার নামাঙ্কর। সুতরাং পীড়ার প্রকৃতি এবং পীড়িত অবস্থায় শরীরের ব্যতিক্রমজনিত লক্ষণ সমূহ সঠিকভাবে জ্ঞাত হইতে হইলে, শরীরের সুস্থাবস্থার বিষয় বিদিত থাকা যে, একান্তই প্রয়োজন; সহজেই তাহা বুঝিতে পারা যায়। নচেৎ অসুস্থ অবস্থায় শরীরের ব্যতিক্রমজনিত লক্ষণাদির প্রকৃত পরিচয় বিদিত হইবার পক্ষে অনেক অন্তরায় উপস্থিত হওয়া অনিবার্য হয়। বলা বাহুল্য, ফিজিওলজি শাস্ত্রে অভিজ্ঞত লাভ করিলে শরীরের ‘সুস্থাবস্থার’ প্রকৃত তথ্য বিদিত হওয়া যায়।

ফিজিওলজি শাস্ত্রে বাহার জ্ঞান আছে; কি কারণে

স্বাস্থ্য-বিকৃত হইয়া রোগ হয় এবং কি প্রকারে অসুস্থ ব্যক্তিকে ঐ সকল কারণ হইতে অর্থাৎ বিকৃত স্বাস্থ্য হইতে (রোগ হইতে) মুক্ত করা যায়; এই সকল যাহার জ্ঞান আছে, তিনিই প্রকৃত স্বাস্থ্যরক্ষক অর্থাৎ চিকিৎসক। সুস্থাবস্থায় শরীরের যন্ত্রাদি কিরূপে কার্য করে, তাহা সর্বপ্রথম জানিতে হইবে; নতুবা পীড়িতাবস্থায় উহাদের ব্যতিক্রম বা পরিবর্তন কিরূপে বোধগম্য হইবে? লক্ষণানুযায়ী চিকিৎসা করিলেও রোগী আরোগ্য হইতে পারে; কিন্তু চিকিৎসক অন্ধকারেই থাকিয়া যান, অর্থাৎ রোগী কিরূপে আরোগ্য হইল তাহা বুঝিতে পারেন না। এইরূপ অন্ধকারে লোষ্ট্র নিক্ষেপণ চিকিৎসা, বুদ্ধিমান চিকিৎসককে কখনই সন্তোষ প্রদান করিতে পারে না।

যাহা ইউক, রোগ-লক্ষণ সংগ্রহ করিতে চিকিৎসককে যে সকল বাধাবিঘ্ন অতিক্রম করিতে হয়—কিরূপ বিচার-বুদ্ধি ও প্রত্যুৎপন্নমতিত্ব সহকারে রোগ-লক্ষণ জ্ঞাত হইবার প্রয়োজন হয়; আজ তদসম্বন্ধেই কিছু আলোচনা করিব।

কতকগুলি লোক আছে—যাহারা আদৌ কষ্ট সহ্য করিতে পারে না। ইহাদের পীড়া হইলেই তাহারা সামান্য যন্ত্রণাও অসহ্য বলিয়া মনে করে এবং এরূপ ভাবে তাহার বর্ণনা করে যে; তাহাতে বিশ্বাস করিতে বাধ্য হইতে হয়। এই স্থলে একটা প্রকৃত ঘটনা বলিব। একদিন প্রাতঃকালে বাসুনপাড়া (মেমারী হইতে দুই মাইল) হইতে একটা রোগী আসিয়া তাহার মাথার যন্ত্রণার কথা যেরূপভাবে বর্ণনা করিল, তাহাতে আশ্চর্য্য হইয়া গেলাম। দুই এক মিনিটের মধ্যেই রোগী মেজের উপর শুইয়া যন্ত্রণায় ছটকট করিতে লাগিল। ঘটনাক্রমে একটা আলম্পিন্ তাহার হাতের অঙ্গুলিতে বিদ্ধ হইয়া যায়, তখন সে ব্যক্তি যন্ত্রকের যন্ত্রণার কথা ভুলিয়া গিয়া হাতের যন্ত্রণায় অস্থির হইয়া পড়িল। তাহার এইরূপ অবস্থা দেখিয়া ক্যামোমিলা ২০০, একমাত্রা ব্যবস্থা করিলাম, তাহাতেই সে আরোগ্য হইয়া গেল।

আবার কতকগুলি লোক আছে—যাহারা অসুখের

কথা ঠিক করিয়া কিছুই বলিতে পারে না। কোথায় বেদনা, কি প্রকারের বেদনা, কখন বেদনা ধার বা কখন সারিয়া যায়, এ সকল কথা উত্তর ঠিকমত দিতে পারে না; সুতরাং তাহাদের চিকিৎসা করা (হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা) কতদূর গুরুতর ব্যাপার; তাহা সহজেই অনুমেয়; অনেকের আবার কোন কোন লক্ষণ বিষয়ে ভ্রমপূর্ণ ধারণা থাকায়, সেই সকল লক্ষণ চিকিৎসকের নিকট অব্যক্ত রাখে। হয়ত কাহারও ধারণা আছে যে, খেতপ্রদর পীড়া (Leucorrhoea) যেহেতু নিজে চরিত্রকে সন্দেহ হইতে রক্ষা করিতে যাইয়া জ্বর খেতপ্রদরের কথা চিকিৎসকের নিকট ব্যক্ত করে। কিন্তু যদি কোন উপায়ে ডাক্তারের নিকট হইতে সে প্রকৃত কারণটি জানিতে পারে, তাহা হইলে সে আর অস্বীকার করিতে চাহিবে না। রোগীর আত্মীয় কিম্বা রোগীকে এইরূপ লক্ষণ নির্ধারণের জন্য অনেক ঘুরাইয়া ফিরাইয়া প্রশ্ন করা কর্তব্য।

অনেকের স্বভাব এরূপ নম্র প্রকৃতির এবং লজ্জাশীল যে, কোন মানসিক লক্ষণ প্রকাশ করিতে তাহাদের সন্কেচ বোধ হয়। ফলে আত্মহত্যার ইচ্ছা, আত্মীয় পরিজনের উপর বিরক্তির ভাব, জ্বর প্রতি সন্দেহ, অতিশয় রমনেচ্ছা, প্রভৃতি অনেক মানসিক লক্ষণ বলিলে ডাক্তার কি মনে করিবেন, এই এক মহাসমস্যা তাহাদের আশঙ্ক্যকে আলোড়িত করে এবং ঐ সকল লক্ষণ চিকিৎসকের নিকট গোপন রাখে।

এইরূপ রোগীর চিকিৎসা করিতে হইলে, তাহাদের হৃদয়ে আন্তরিক ভক্তি ও বিশ্বাস উৎপাদন করা প্রত্যেক চিকিৎসকের সর্বপ্রধান কর্তব্য। যদি তাহাদের স্থির বিশ্বাস হয় যে, রোগ সম্বন্ধে তাহার কোন গোপনীয় কথা চিকিৎসক অপর কোন তৃতীয় ব্যক্তির নিকট প্রকাশ করবেন না, তাহা হইলে রোগী কোন বিষয়ই গোপন করিবে না; নচেৎ কোন রোগীই কোন গোপনীয় পীড়ার (Syphilis, Gonorrhoea ect.) চিকিৎসার্থ চিকিৎসাধীনে আসিবে না। চিকিৎসক যাত্রেরই চরিত্রবান হওয়া উচিত।

বাল্যমূলত লজ্জা—প্রকৃত লক্ষণ অবধারণের একটি প্রধান অন্তরায়। ধীরে ধীরে বিশেষ দক্ষতার সহিত বালক বালিকাদের বিশ্বাস উৎপাদন করা কর্তব্য।

অনেক বালক-বালিকা আছে—যাহারা ডাক্তার দেখিলে ভয় পায়; বিশেষতঃ তিনি যদি কোট প্যাণ্ট পরিয়া থাকেন। অতএব ঐরূপ ক্ষেত্রে প্রথমে তাহাকে ২৪টা মিষ্ট কথায় সম্বোধন করিয়া, পরে লক্ষণগুলি সংগ্রহ করিতে হইবে; নতুবা তাহার দ্বারা চিকিৎসা একেবারেই অসাধ্য হইবে।

একটি রোগীর কথা বলি—

নোঙ্গী—১৩১৪ বৎসরের একটি বালক। এই বালকটি প্রত্যহই রাত্রে বিছানায় প্রস্রাব করিত। তিন চারি মাস ধরিয়া এলোপ্যাথিক চিকিৎসা করা হইয়া কোন ফল না পাইয়া, আমার নিকট আসে। বালকটির “নিদ্রাকালে মূত্রত্যাগ” (Nocturnal Enuresis) হয়; ইহা কিছুতেই ডাক্তারের নিকট প্রকাশ করিবে না বনস্থ করিয়াছিল। বালকের পিতা আমার নিকট পুত্রের দৈর্ঘ্য, অক্ষুধা, ক্লান্ততা, পাকশয়ের যন্ত্রণার কথা (যাহা কসিয়া কাপড় পরিলে ভাল থাকে), আহাঃস্তে পাকস্থলীতে এক প্রকার কষ্টানুভব, অন্ন অন্ন শিরঃপীড়া এবং হজম হইতে থাকিলে উহার উপশম বোধ; জিহ্বাতে কি যেন একটা জড়াইতেছে মনে হয়, ইত্যাদি লক্ষণ প্রকাশ করিলেন, কিন্তু আসল কথা গুপ্ত রহিল।

আমি রোগীর উল্লিখিত লক্ষণানুসারে নেট্রাম-মিউর ২০০ শক্তি ব্যবস্থা করিলাম; কিন্তু আশ্চর্যের বিষয়—সেই রাত্রি হইতে রোগীর নিদ্রাকালে মূত্রত্যাগ বন্ধ হইয়া গেল। বালক কিন্তু তাহার পিতাকে বলিল যে, তিনি ডাক্তারবাবুকে প্রস্রাব-ত্যাগের কথা বলিয়া ভাল করেন নাই।

এই ঘটনার ৭৮ দিন পরে বালকের পিতা একদিন আমার ডাক্তারখানায় আসিয়া জিজ্ঞাসা করিলেন—আমি ত আপনাকে নিদ্রাকালে পুত্রের শয্যায় মূত্রত্যাগের কথা বলি নাই, তবে আপনি কি করিয়া জানিতে পারিলেন? আমি উত্তর করিলাম—“আপনারা যদিও অনেক কথা গোপন রাখিবার চেষ্টা করেন বটে, কিন্তু চিকিৎসকের নিকট কিছুই গোপন থাকে না, কাজেই অকপটে সব কথা প্রকাশ করা ভাল। বলা বাহুল্য” এখানে ভাগ্যক্রমে ঐ বধ নিষ্পাচিত হওয়ায় বালক রোগমুক্ত হইয়াছিল।

(ক্রমশঃ)

রক্তস্রাব ও তাহার চিকিৎসা

Hæmorrhage and their treatment

লেখক—ডাঃ শ্রীনুত্যাগোপাল চট্টোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক, পাইগাছি, হুগলি

—o—

শরীরের কোন স্থান হইতে রক্তস্রাব হইলে, তাহাকে ইংরাজীতে সাধারণতঃ হিমোরেজ (Hæmorrhage) বা ব্লিডিং (Bleeding) বলে।

রক্তস্রাবের শ্রেণী বিভাগঃ—স্থান ও অবস্থানভেদে রক্তস্রাবকে বিবিধ আখ্যায় অভিহিত করা হয়। যথা—

(১) হিমাটিড্রোমিস (Hæmatidrosis) :—
দ্রব হইতে রক্তস্রাব।

(২) স্টোমাটোরেজিয়া (Stomatorrhagia) :—
মুখ হইতে রক্তস্রাব।

(৩) হিমপ্টিসিস (Hæmoptysis) :—
ফুসফুস হইতে রক্তস্রাব।

(৪) রক্তবমন (হিমাটিমেসিস-Hæmatemesis) :—
পাকস্থলী হইতে রক্তস্রাব।

(৫) রক্তপ্রস্রাব (হিমাটুরিয়া-Hæmaturia) :—
প্রস্রাব সহকারে রক্তস্রাব।

(৬) এপিষ্টাক্সিস (Epistaxis) :—নাসিকা
হইতে রক্তস্রাব।

(৭) অটোরেজিয়া (Otorrhagia) :—
কাণ হইতে রক্তস্রাব।

(৮) মেট্রোরেজিয়া (Metrorrhagia) :—
জরায়ু হইতে রক্তস্রাব।

(৯) মেনোরেজিয়া (Menorrhagia) :—
ঋতুকালে অধিক পরিমাণে রক্তস্রাব।

(১০) মেলিনা বা রক্তভেদ (Melena) :—
মলসহ রক্তস্রাব বা রক্তবাহি।

(১১) পোস্টপার্টাম হিমোরেজ (Postpartum hæmorrhage) :—প্রসবান্তিক রক্তস্রাব।

(১২) হিমোরেজ ভিকারিয়াস (Hæmorrhage Vicarioua) :—কোন স্বাভাবিক রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া
যদি অন্য কোন স্থান হইতে রক্তস্রাব
হয়, তাহাকে হিমোরেজ ভিকারিয়াস
বলে।

রক্তস্রাবের প্রকৃতিভেদঃ—স্থানভেদে
রক্তস্রাব দুই প্রকার। যথা—

(১) এক্টিভ (Active) অর্থাৎ ধামনিক
রক্তস্রাব :—ইহাতে ধমনী হইতে রক্তস্রাব হয়। এই
প্রকার রক্তস্রাবের রক্ত উজ্জ্বল লাল এবং উহা তীব্রবেগে
বহির হয়।

(২) প্যাসিভ (passive) অর্থাৎ শৈল্পিক
রক্তস্রাব :—ইহাতে শিরা হইতে রক্ত নির্গত হয়।
এই রক্ত দেখিতে কাল এবং ইহা টপ্ টপ্ করিয়া—
চোঁচাইয়া বাহির হইয়া থাকে।

রক্তস্রাবের প্রকৃতি :-—দুই রকম ভাবে রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়। যথা—

(১) প্রাথমিক রক্তস্রাব (primary) :—

কোন স্থান আহত হইয়া প্রথমেই যে রক্তস্রাব হয়, তাহাকে “প্রাথমিক রক্তস্রাব” বলে।

(২) দ্বৈবারিক রক্তস্রাব (Secondary) :—

প্রাথমিক রক্তস্রাব স্থগিত হইয়া পুনরায় রক্তস্রাব হইলে, তাহাকে “দ্বৈবারিক রক্তস্রাব” বলে।

রক্তস্রাবের সার্বস্বাস্থ্যিক ফল :-

কোন বৃহৎ ধমনী ছিন্ন হইয়া প্রচুর রক্তস্রাব হইলে তৎক্ষণাৎ রোগীর মৃত্যু হইতে পারে। রোগীর সহসা মৃত্যু না হইলেও এবং স্বল্প পরিমাণে দীর্ঘ সময় রক্তপাত হইলে রোগী অবসন্ন, মুচ্ছিত বা রোগীর কোলাপ্সের লক্ষণ প্রকাশিত হয়। রক্তপাতে রোগী মুচ্ছিত হইয়া পুনরায় সচেতন হইলে, রোগীর দৃষ্টিবিলম্ব বা দৃষ্টি-শক্তি হ্রাস হইতে দেখা যায়।

সবিরাম বা স্বল্প পরিমাণে দীর্ঘ দিন রক্তপাতের ফলে রক্তহীনতার লক্ষণ প্রকাশ পায়। এরূপস্থলে ত্বক ঈষৎ হরিদ্রাবর্ণ; অধঃঅঙ্গের ক্ষীতি; সার্বস্বাস্থ্যিক দৌর্বল্য ইত্যাদি লক্ষণ প্রকাশিত হয়। ইহাতে রোগী কখন কখন এতাদৃশ দুর্বল হয় যে, দণ্ডায়মান হইলেই মস্তক ঘূর্ণিত হয়। এই রক্তান্নতার লক্ষণ শৈথিল্য বিলিতে সুস্পষ্টরূপে লক্ষিত হয়। যথা—চক্ষুস্থ বিলি ক্ষীত (oedematous) এবং উহা রক্তবিহীন ও পাংশু বর্ণ হইয়া থাকে।

কোন কোন সময় রক্তস্রাব স্থগিত হওয়ার পর জরের লক্ষণ সমূহ প্রকাশ পায়, এইরূপ জরকে “রক্তস্রাবিক জর” (Haemorrhagic fever) বলে। জর বেশী হইলে আক্কেপ ও প্রলাপ (convulsion and delirium) উপস্থিত এবং এইরূপ স্থলে রোগীর মৃত্যুও হইতে পারে; কিন্তু প্রায়ই এইরূপ দেখা যায় না।

স্বাভাবিক ভাবে রক্তপাত রোধ :-

দুই প্রকারে স্বাভাবিক ভাবে রক্তপাত বন্ধ হইতে পারে। যথা—

(১) ক্ষণিকভাবে (temporary) :—

যে সকল শিরা বা ধমনী হইতে রক্তস্রাব হয়, উহাদের মধ্যে রক্ত জমাট বান্ধিয়া (Coagulated), কিম্বা রক্তস্রাবী শোণিত-প্রণালীর প্রাচীর সঙ্কুচিত হইয়া উহার ছিদ্র বন্ধ হইলে রক্তস্রাব স্থগিত হয়।

অধিক পরিমাণে রক্ত নির্গত হইলে হৃদপিণ্ড দুর্বল হয়। সুতরাং স্বভাবসিদ্ধ প্রণালী নিয়মিতরূপে কার্য করিতে পারে না, সেই জন্তই ক্ষণকালের জন্ত রক্তস্রাব স্থগিত হয়। কোন ধমনী কর্তিত হইলে উহার প্রাচীরের স্থিতিস্থাপকতা হেতু উহার অভ্যন্তর সঙ্কুচিত হওয়ায় শোণিত নির্গমন রহিত হয়।

(২) স্থায়ীভাবে (Permanently) :—

আহত স্থানের চতুর্পার্শ্বে যে প্রদাহের উৎপত্তি হয়, ঐ প্রদাহের ফলে ঐ স্থানের টিস্যু মধ্যে নূতন গঠন প্রস্তুত হইয়া তদ্বারা ছিন্ন রক্তপ্রণালীর মুখ বন্ধ হইয়া যায়। ইহার ফলে স্থায়ীভাবে রক্তপাত স্থগিত হইয়া থাকে।

ভাবীফল :-—প্রচুর পরিমাণে বা স্বল্প পরিমাণে দীর্ঘস্থায়ী রক্তস্রাবের ভাবীফল প্রায় অন্তর্ভুক্ত। ধামনিক রক্তস্রাবের পরিমাণ—বিশেষতঃ, এইরূপ রক্তপাত প্রচুর হইলে ভাবীফল সাংঘাতিক হয়। রক্তস্রাবজনিত রক্তান্নতাগহ প্রবল জরীয় লক্ষণ অন্তর্ভুক্ত।

চিকিৎসা :-—স্থানিক বা আভ্যন্তরিক যে কোন রক্তস্রাবেই হোমিওপ্যাথিক ঔষধে সম্বল সুফল পাওয়া যায়। নিম্নলিখিত ঔষধগুলি লক্ষণানুযায়ী প্রয়োগ করিলে শীঘ্রই রক্তপাত নিবারিত হইতে পারে।

আর্নিকা (Arnica montana) :—

যে স্থলে উজ্জল লালবর্ণ রক্ত নিয়ত স্রাব হইতে থাকে; রক্তস্রাব কোন আঘাতজনিত (ট্রমাটিক) বা অতিশয় পরিশ্রম জনিত হইলে আর্নিকা মহৌষধ। আঘাতপ্রাপ্ত

স্থানে ঘর্ষণবৎ বেদনা; মাথায় রক্তাধিক্য জনিত রক্তস্রাব; লাল ও তরল রক্তস্রাবসহ শিরঃপীড়া এবং সহবাসে জরায়ুতে আঘাত লাগিয়া রক্তস্রাবে ইহা বিশেষ উপকারী। আহত স্থানে ইহার বাহ্য প্রয়োগ নিষিদ্ধ।

আর্সেনিক (Arsenic) :—রক্তস্রাবপ্রবণ ব্যক্তি। পাপুরা হেমরেজিকা (গাত্র চর্ম হইতে রক্তস্রাব), সামান্য কারণে নাক, কান, চক্ষু, মলদ্বার এবং মূত্রদ্বার ইত্যাদি হইতে রক্তস্রাব হইতে থাকে; রক্তস্রাবসহ নাড়ি দুর্বল, অস্থিরতা এবং টাইফয়েড জরের শেষাবস্থায় রক্তস্রাবে আর্সেনিক উপকারী। আর্সেনিকের রক্ত প্রায়ই কাল (ক্রোটেলস্, ইল্যাপ্স, ল্যাকে, ল্যাকে, ক্যাথো) ও দুর্গন্ধময়। পুনঃ পুনঃ অল্প অল্প জলপানের ইচ্ছা; অতীব দুর্বলতা; দীর্ঘস্থায়ী স্বপ্ন রক্তস্রাব—বিশেষতঃ, শারীরিক যত্নের বিকৃতি বশতঃ রক্তস্রাবে ইহা বিশেষ ফলপ্রসূ। কার্কভেজের সহিত আর্সেনিকের রক্তস্রাবের প্রভেদ এই যে, কার্কভেজে রক্তস্রাবে জালা থাকে, কিন্তু রোগীর অস্থিরতা থাকে না, আর আর্সেনিকের রক্তস্রাবে রোগীর জালাসহ অস্থিরতা থাকে।

ইল্যাপ্স (Elaps corallinus) :—ইল্যাপ্সের রক্তস্রাবের রক্ত কাল, কালির মত পাতলা; দক্ষিণ ফুসফুস হইতে রক্তস্রাব; শীতল জল খাইলে বৃদ্ধি হয়;

ইরিজিরণ (Erigeron Canadense) :—মুখমণ্ডল লালবর্ণ; মূত্রাশয়ের (Bladder) ও সরলান্তের (Rectum), প্রদাহ (irritation) জনিত রক্তস্রাব; হিমেটোসিল (অণ্ডকোষের রক্তস্রাব); নাসিকা হইতে রক্তস্রাব (এপিষ্টাক্সিস); দাঁতের গোড়া হইতে প্রচুর রক্তস্রাব; রক্তবমন (হিমটোমিসিস), রক্তবহা নাড়ী ছিন্ন হইয়া রক্তস্রাব; রক্তপ্রস্রাব (হিমাটিউরিয়া); জরায়ু হইতে রক্তস্রাব (মেট্রোরজিয়া); প্রচুর লাল রক্তস্রাব; নড়িলেই বৃদ্ধি; রোগী দুর্বল ও পাণ্ডুবর্ণ; মলদ্বার ও অর্শ হইতে রক্তস্রাব (মিলিনা); মস্তকে রক্তাধিক্য, মুখমণ্ডল লাল, ভয়ানক কাঁঠ বমি; রক্তোৎকাশ (হিমপটাসিস); কাল সংযত রক্ত; প্যাসিভ রক্তস্রাব এবং ফুসফুস ও পাকস্থলী হইতে রক্তস্রাবে ইরিজিরণ মহৌষধ।

ইপিকাক :—প্রচুর উজ্জল লাল বর্ণ রক্তস্রাব; একটাত ও প্যাসিভ রক্তস্রাব; রক্তস্রাবসহ বমন ও বিবমিষা; যে কোন স্থান হইতে রক্তস্রাব; আহারের অত্যাচারে রোগ; নাভী স্থলে বেদনা; শরীর শীতল; সিন্ডোনার অপব্যবহারজনিত রক্তস্রাব; রক্তস্রাব হেতু কষ্টকর শ্বাসপ্রশ্বাস, রোগী দীর্ঘ নিশ্বাস লইতে থাকে; শীতল ঘামসহ গাত্রচর্ম শীতল; হিমপটাসিস (রক্তোৎকাশ)।

(ক্রমশঃ)

চক্ষুপীড়ায়—লাইকোপোডিয়াম (Licopodium in ophthalmia)

লেখক—শ্রীহরেন্দ্র কুমার দাস H. M. B. (গয়েশপুর, ঢাকা)

—:~::~~:—

ক্লোপী :—রাজাদী গ্রাম নিবাসী জনৈক ভদ্রলোকের শিশু পুত্র; বয়স দেড় মাস। এই শিশুটির জন্মের ১৪।১৫ দিন পর হইতেই ডান্ন চোখ দিয়া জল পড়িতে থাকে এবং এইরূপে ৪।৫ দিন অতিবাহিত হওয়ার পর দেখা যায় যে, চোখের খেতাংশ ক্রমশঃ লালবর্ণ ধারণ করিতেছে এবং

অনবরত পুঁজ নির্গত হইতেছে। শিশু অন্ধকার গৃহে সময় সময় মিট মিট করিয়া চাহিয়া থাকে, কিন্তু ঘরের দরজা জানালা খোলা থাকিলে চক্ষু একেবারেই মেলিতে পারে না। এইরূপ অবস্থায় কয়েকজন স্থানীয় চিকিৎসকের দ্বারা চিকিৎসা করা হইয়া বিশেষ কোন উপকার পায় নাই;

কেবলমাত্র পূজ নিঃসরণ কতকটা কমিয়াছিল। কিন্তু ক্রমেই চোখের আরক্তিমতা বৃদ্ধি ও বাম চক্ষু হইতে আকারে ডান চোখটি ছোট হইতেছিল। এইরূপ অবস্থায় এই শিশুটির চিকিৎসার্থ আমি আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থাঃ—শিশুর ডান চোখটি আকারে বাম চোখ অপেক্ষা এক চতুর্থাংশ ছোট, শিশু আলোক সহ্য করিতে অক্ষম; চোখে কোন প্রকার জ্বালা বর্ণনা আছে কি না কিছুই বুঝা যায় না। বংশগত কোন পীড়ার ইতিহাস নাই।

দক্ষিণাঙ্গের পাড়ায় লাইকোপোডিয়াম কার্যকরী, এজন্ত আমি সুগার অফ মিল্ক (Sugar of milk) সহ

লাইকোপোডিয়াম ২০০, (Licopodium 200) এক ফোঁটা, সহিত মিশাইয়া চারিটা পুরিয়া করিয়া, অল্প একটা পুরিয়া এবং সাতদিন পরে আর একটা পুরিয়া সেবনের ব্যবস্থা করিলাম।

তিন দিন পরেই চোখের অবস্থা অনেকটা ভাল হইয়াছে সংবাদ পাইলাম। আক্রান্ত চোখটি বেশ পরিষ্কার হইয়াছে; শিশু এক্ষণে চোখ চাইতেও পারে; তবে এখনও বাম চোখ অপেক্ষা ডান চোখটি কিছু ছোট আছে। এতদ্ব্যতীত অল্প কোন উপসর্গ নাই। বাক পুরিয়া ৩টা সেবন করিতে নিষেধ করিলাম। বর্তমানে শিশুটি বেশ ভাল আছে।

জিজ্ঞাস্য ও প্রত্যুত্তর

বিগত ১৩৩৭ সালের পৌষ সংখ্যা “চিকিৎসা-প্রকাশের” ৪৮৪ পৃষ্ঠায় শ্রীযুক্ত নলিনাক্ষ বন্দ্যোপাধ্যায় মহাশয় ১৩৩৬ সালের ১১শ সংখ্যায় প্রকাশিত আমার লিখিত “অসহ্য বক্রণাক্ষ-ক্যামোমিলা” শীর্ষক প্রবন্ধে “আরোগ্য প্রাপ্ত রোগিণীর কি রোগ হইয়াছিল, তাঁহার হাতে যে আল্পিন বিদ্ধ হইয়াছিল, তাহাতে লিডাম প্রযুক্ত হয় নাই কেন এবং ক্যামোমিলার কত শক্তি প্রয়োগ করা হইয়াছিল,” তাহা জানিতে চাহিয়াছেন। এতদ্বত্তরে আমার বক্তব্য এই যে—১৩৩৭ পৌষ সংখ্যা চিকিৎসা-প্রকাশে আমার লিখিত “প্রাহার্য অসহ্য বক্রণাক্ষ-ক্যামোমিলা” শীর্ষক প্রবন্ধে পূর্বোক্ত প্রবন্ধের আলোচ্য বিষয় আরও সুস্পষ্টরূপে দেখান হইয়াছে। “হোমিওপ্যাথিক মতে রোগীর চিকিৎসা করা হয়—রোগের নহে; সেজন্য রোগের নাম না জানিলেও চলে,” ইহাই ঐ দুইটা প্রবন্ধে দৃষ্টান্ত দ্বারা প্রদর্শিত হইয়াছে। লিডাম আলপিন বিদ্ধের উৎকৃষ্ট ঔষধ বটে, কিন্তু ঐ রোগিণীর হাতে সেরূপ ভাবে আলপিন প্রবিষ্ট হয় নাই, টেবিলের উপর হাত রাখিবার সময় সম্ভবতঃ সামান্য খোঁচা লাগিয়াছিল মাত্র।

“বিদ্ধ হইয়াছিল” লেখা অবশ্য আমর্য ঠিক হয় নাই; ঐ রোগিণীর ত্রায় সামান্য বেদনার স্থলে অসহ্য বক্রণাক্ষ বোধ হইলে, যে প্রকার রোগই হউক, তাহাতেই ক্যামোমিলা প্রযুক্ত হইতে পারে, ইহাই ঐ প্রবন্ধের উদ্দেশ্য এবং রোগের নাম সেই জন্ত বলা হয় নাই রোগীর অবস্থা দেখিয়া ক্যামোমিলার যে শক্তি ব্যবহৃত হইতে পারে, তাহা নূতন শিক্ষার্থী ব্যতীত চিকিৎসক মাত্রই অবগত আছেন এবং চিকিৎসা গৃহকেও লিখিত আছে; সুতরাং সেইরূপ যথোপযুক্ত শক্তিই ব্যবহৃত হইয়া থাকিবে। আমার চিকিৎসিত রোগী নহে বলিয়া এতদসম্বন্ধে নিশ্চয় করিয়া বলা আমার পক্ষে অসম্ভব। নলিনাক্ষ বাবু আত্ম-পরিচয় দেন নাই, অর্থাৎ তিনি চিকিৎসক কি না এবং চিকিৎসক হইলে এলোপাথী, হোমিওপাথী, কি গৃহস্থপাথী, তাহা লেখেন নাই; সেজন্য উক্ত ইহা অপেক্ষ “সবিস্তারে” লিখিতে পারিলাম না, ভরসা করি, নলিনাক্ষ বাবু আমার ক্রমশঃ প্রকাশ্য প্রবন্ধের আরম্ভ হইতে শেষ পর্য্যন্ত ধৈর্য্য সহকারে পাঠ করিবেন; সকল সংশয় বিদূরীত হইবে।

মহানাদ (হুগলী) } নিঃ—শ্রীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়



বাইওকেমিক ঔষধের অসম্মিলন

Incompatibility in Biochemic medicine

লেখক—ডাঃ শ্রীরামেন্দ্রসুন্দর মুখোপাধ্যায় H. M. B. (Homœo)

পাণ্ডুগ্রাম, বর্দ্ধমান

(পূর্বপ্রকাশিত ১০ম সংখ্যার (মাঘ) ৫৩৯ পৃষ্ঠার পর ইহাতেঃ)

—:—

(৩) ক্যালকেরিয়া সালফিউরিকাম (Calcaria Sulphuricum) ঃ—এর সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে ব্যবস্থা করা যেতে পারে।

- (ক) ক্যালকেরিয়া ফ্লোরিকাম (Cal. Flor.);
- (খ) ক্যালকেরিয়া ফসফরিকাম (Cal. Phos.);
- (গ) কেলি-মিউরিয়েটিকাম (Kali-Mur.);
- (ঘ) কেলি সালফিউরিকাম (Kali Sulph.);
- (ঙ) নেট্রাম সালফ (Natrurn Sulph.);
- (চ) নেট্রাম মিউর (Natrurn Mur.);
- (ছ) সাইলিসিয়া (Silicea);

(৪) ফেরাম ফস্ফরিকাম (Ferum Phosphoricum) ঃ—এর সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে ব্যবস্থা করা যেতে পারে—

- (ক) ক্যালকেরিয়া ফসফরিকাম (Cal.-Phos.);
- (খ) কেলি মিউরিয়েটিকাম (Kali-Mur.);
- (গ) কেলি ফসফরিকাম (Kali-Phosph.);
- (ঘ) কেলি সালফিউরিকাম (Kali-Sulph.);
- (ঙ) ম্যাগ্নেসিয়াম ফসফরিকাম (Mag. Phosph.);
- (চ) নেট্রাম মিউরিয়েটিকাম (Nat. Mur.);
- (ছ) নেট্রাম ফসফরিকাম (Nat. Phosph.);
- (জ) নেট্রাম সালফিউরিকাম (Nat. Sulph.);
- (ঝ) সাইলিসিয়া (Silicea);

(৫) কেলি মিউরিয়েটিকাম (Kali Muriatricum) ঃ—ইহার অপর নাম—ক্লোরাইড অব পটাশিয়াম (Chloride of Potassium) বা পটাশ ক্লোরাইড Potass. chloride); এর সঙ্গে নীচের ঔষধগুলির যে কোনটি মিশিয়ে দেওয়া যেতে পারে।

- (ক) ক্যালকেরিয়া ফসফরিকাম (Cal-Phos.);
- (খ) ক্যালকেরিয়া ফ্লোরিকাম (Cal-Flor.);
- (গ) ফেরাম ফসফরিকাম (Ferum-Phos.);
- (ঘ) কেলি ফসফরিকাম (Kali-Phos.);
- (ঙ) কেলি সালফিউরিকাম (Kali-Sulph.);
- (চ) ম্যাগ্নেসিয়াম ফসফরিকাম (Mag-Phos.);
- (ছ) নেট্রাম মিউরিয়েটিকাম (Nat-Mur.);
- (জ) সাইলিসিয়া (Silicea.);

(৬) কেলি ফস্ফরিকাম (Kali phosphoricum) ঃ—এর অপর নাম “পটাশ ফস্ফ (Potoss. phosph.) বা পটাশিয়াম ফস্ফেট (Potassium Phosphat)। এর সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে দেওয়া যেতে পারে।

- (ক) ক্যালকেরিয়া ফসফরিকাম (Cal. Phosph.);
- (খ) ফেরাম ফসফরিকাম (Ferum Phos.);
- (গ) কেলি মিউরিয়েটিকাম (Kali-Mur.);
- (ঘ) কেলি সালফ (Kali-Sulph.);

(ঙ) ম্যাগ্নেসিয়াম ফসফরিকাম (Mag-Phos.) ;

(চ) নেট্রাম ফস্ফ (Nat-Phos.) ;

(ছ) সাইলিসিয়া (Silicea) ;

(৭) কেলি সালফিউরিকাম (Kali. Sulphuricum) :—এর অপর নাম সালফেট অব পটাশিয়াম (Sulphate of potassium) বা পটাশ সালফ (Potass. Sulph.)। এর সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে ব্যবহা করা যেতে পারে।

(ক) ক্যালকেরিয়া সালফিউরিকাম (Cal-Sulph.) ;

(খ) কেলি মিউরিয়েটিকাম (Kali-Mur.) ;

(গ) কেলি ফসফরিকাম (Kali-Phos.) ;

(ঘ) ম্যাগ্নেসিয়াম ফসফেট (Mag.-Phos.) ;

(ঙ) নেট্রাম সালফ (Nat-Sulph.) ;

(চ) সাইলিসিয়া (Silicea) ;

(৮) ম্যাগ্নেসিয়াম ফসফরিকাম (Magnesium phosphoricum) :—ইহার অপর নাম—ফসফেট অব ম্যাগ্নেসিয়া (Phosphate of Magnesia) বা ম্যাগ্নেসিয়া ফস্ফ (Magnesia phosph.)। এর সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে ব্যবহা করা যেতে পারে।

(ক) ক্যাল-ফস্ফ (Cal-Phos.) ;

(খ) ফেরাম-ফস্ফ (Ferum-Phos.) ;

(গ) কেলি-ফস্ফ (Kali-Phos.) ;

(ঘ) কেলি-সালফ (Kali-Sulph.) ;

(ঙ) নেট্রাম মিউর (Nat-Mur.) ;

(চ) সাইলিসিয়া (Silicea.) ;

(৯) নেট্রাম মিউরিয়েটিকাম (Natrium muriaticum) :—এর অপর নাম ক্লোরাইড অব সোডিয়াম (Chloride of Sodium) বা সোডি ক্লোরাইড (Sodii Chloride) অর্থাৎ সাধারণ লবণ (Common salt)। এর সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে ব্যবহা করা যেতে পারে।

(ক) ক্যাল-ফ্লোর (Cal-Flor.) ;

(খ) ক্যাল-ফস্ফ (Cal. Phos.) ;

(গ) কেলি মিউর (Kali-Mur.) ;

(ঘ) ম্যাগ ফস (Mag-Phos.) ;

(ঙ) ন্যাট্রাম ফস্ফ (Nat-Phos.) ;

(চ) নেট্রাম সাল্ফ (Nat-Sulph.) ;

(ছ) সাইলিসিয়া (Silicea.) ;

(১০) নেট্রাম ফসফরিকাম (Natrium Phosphoricum) :—ইহার অপর নাম—ফসফেট অব সোডিয়াম (Phosphate of Sodium) বা সোডি ফসফেট (Sodii Phosphate)। এর সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে ব্যবহা করা যেতে পারে।

(ক) ক্যাল-ফস্ফ (Cal. Phos.) ;

(খ) ফেরাম-ফস্ফ (Ferum. Phos.) ;

(গ) কেলি-ফস্ফ (Kali-Phos.) ;

(ঘ) ম্যাগ-ফস্ফ (Mag-Phos.) ;

(ঙ) নেট্রাম-মিউর (Nat-Mur.) ;

(চ) নেট্রাম-সালফ (Nat-Sulph.) ;

(ছ) সাইলিসিয়া (Silicea) ;

(১১) নেট্রাম সালফ (Natrium Sulph) :—এর অপর নাম সালফেট অব সোডিয়াম (Sulphate of Sodium) বা সোডি সালফ (Sodii Sulph)। এর সঙ্গে নীচের যে কোন ঔষধ মিশিয়ে দেওয়া যেতে পারে।

(ক) ক্যাল সালফ (Cal-Sulph.) ;

(খ) কেলি সালফ (Kali-Sulph.) ;

(গ) ম্যাগ-ফস্ফ (Mag. Phos.) ;

(ঘ) নেট্রাম-মিউর (Nat-Mur.) ;

(ঙ) নেট্রাম-ফস্ফ (Nat-Phos.) ;

(চ) সাইলিসিয়া (Silicea) ;

(১২) সাইলিসিয়া (Silicea) :—ইহার অপর নাম “সিলিক এসিড” (Silic Acid)। এর সঙ্গে যে কোন ঔষধ মিশিয়ে দেওয়া যেতে পারে।

যে ঔষধের সঙ্গে যে যে ঔষধ মিশিয়ে ব্যবহা করা যেতে পারে, তা বলা গেল। অনেক বিজ্ঞ বহুদর্শী চিকিৎসকেরই অভিমত এই যে—যে যে ঔষধ যে যে ঔষধের সঙ্গে মিশিয়ে দেওয়া যেতে পারে, একসঙ্গে তাদের ছোটর বেশী ব্যবহা করা যুক্তিসঙ্গত নয়—বরং দরকার হ'লে—লক্ষণ অনুসারে ২টা ঔষধ এক সঙ্গে এবং অল্প ঔষধ পৃথকভাবে পর্যায়ক্রমে ব্যবহা করাই কর্তব্য। বেশ ভেবে চিন্তে—রোগ-লক্ষণগুলোর সঙ্গে মিল ক'রে ঔষধ নির্বাচন ক'রতে পা'রলে অকারণ কতকগুলো ঔষধ এক সঙ্গে মিশিয়ে জগাখেচুড়ি ব্যবহা করার দরকার হয় না।



এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সম্বন্ধীয়
মাসিক পত্র ও সমালোচক

২৩শ বর্ষ



১৩৩৭ সাল-চৈত্র



১২শ সংখ্যা

বর্ধান্তে—

বর্তমান সংখ্যায় চিকিৎসা-প্রকাশের ২৩শ বর্ষের পরিসমাপ্তি হইল। আগামী ১৩৩৮ সালের বৈশাখ মাস হইতে চিকিৎসা-প্রকাশ ২৪শ বর্ষে পদার্পণ করিবে।

শ্রীভগবানের কৃপাশীর্ষাদ আর পৃষ্ঠপোষক গ্রাহক ও লেখক মহোদয়গণের আন্তরিক্যই—চিকিৎসা-প্রকাশের এতাদৃশ দীর্ঘ জীবনলাভের মূলীভূত কারণ। আজ এই বর্ধান্তে সর্বশক্তিমান শ্রীভগবানের চরণাধুজে কোটি প্রণতি পুরঃসর সজ্জন গ্রাহক অন্তঃগ্রাহক, পাঠক ও সুধী লেখক মহোদয়গণকে বর্থাযোগ্য প্রণাম, নমস্কার প্রীতি ও কৃতজ্ঞতা জ্ঞাপন করিতেছি :

আলোচ্য বর্ষে (২৩শ বর্ষে) চিকিৎসা-প্রকাশের কলেবর ও আকার বর্দ্ধিত করিয়া, পূর্বাশ্রয় কল্পিত অধিকতর উন্নতভাবে ইং প্রকাশ করিতে চেষ্টা করিয়াছি এবং এই চেষ্টা কতদূর ফলবতী হইয়াছে ; তদ্বিচারের ভার সুধী গ্রাহক ও পাঠকমণ্ডলীর উপর। অকারণ বাগাড়ম্বর নিঃপ্রয়োজন—পরস্তু বিরক্তিকরক ; কার্য্য প্রচেষ্টা—কার্য্য ফলেই প্রতিপন্ন হয়। আগামী ২৪শ বর্ষে চিকিৎসা প্রকাশ যাহাতে আরও অধিকতর উন্নতাকারে প্রকাশ করিতে পারি, তজ্জন্তু কল্পিত ব্যবস্থা করিয়াছি, তদম্বন্ধে আজ কিছু উল্লেখ করিব না—২৪শ বর্ষের চিকিৎসা-প্রকাশের প্রত্যেক সংখ্যাই তাহার সাক্ষ্য প্রদান করিবে। আমার একমাত্র উদ্দেশ্য—চিকিৎসা-প্রকাশ অপ্রতিদ্বন্দ্বীকরণে এবং সম্যক উপযোগীভাবে প্রকাশিত হয়। এই উদ্দেশ্যের অনুবর্তী

হইয়াই—লাভ-ক্ষতির দিকে দৃষ্টিপাত না করিয়া, প্রতি বর্ষেই চিকিৎসা-প্রকাশের উন্নতি সাধনার্থ চেষ্টা করিয়াছি। বলা বাহুল্য, আগামী ২৪শ বর্ষেও ইহার আরও অধিকতর উন্নতিসাধনে নিশ্চেষ্ট হইব না। প্রত্যেক সংখ্যা চিকিৎসা-প্রকাশে পূর্ণাঙ্গ প্রকাশিত হইতে আরও অধিকতর উৎকৃষ্ট প্রবন্ধ প্রকাশিত হয়, তজ্জন্ত বিশেষ ব্যবস্থা করিয়াছি।

সচিত্র প্রবন্ধঃ—আগামী ২৪শ বর্ষে চিকিৎসা-প্রকাশের আর একটা প্রধান বিশেষত্ব হইবে—সচিত্র প্রবন্ধ; প্রত্যেক সংখ্যাতেই আলোচ্য বিষয় বাহাতে হাফটোন চিত্র সহকারে প্রকাশিত হয়, তাহার ব্যবস্থা করা হইয়াছে।

বার্ষিক মূল্য হ্রাসঃ—বর্তমান ২৩শ বর্ষ হইতে চিকিৎসা-প্রকাশের বার্ষিক মূল্য ৩৮ তিন টাকা ধার্য করা হইয়াছিল। কিন্তু বর্তমানে দেশের দারুণ দুর্দিন উপস্থিত—আর্থিক অস্থিরতা—বিকট বদন ব্যাদনে দেশবাসীকে গ্রাস করিতে উদ্যত হইয়াছে। দেশের এই দারুণ দুর্দিনে—এই অর্থ অস্থিরতার সময়ে, চিকিৎসা-প্রকাশ গ্রহণ করিতে বাহাতে সহদয় গ্রাহকবর্গের কোন অসুবিধা না হয় তজ্জন্ত, বহুসংখ্যক গ্রাহকের অনুরোধে আগামী ২৪শ বর্ষে আমাদের চির শুভানুধ্যায়ী সমুদয় পুরাতন গ্রাহকগণকেই পূর্ববৎ ২৮ আড়াই টাকা বার্ষিক মূল্যে ২৪শ বর্ষের চিকিৎসা-প্রকাশ প্রদান করিব। ইহাতে আমরা অবশ্য লাভবান হইব না, বরং ক্ষতিগ্রস্ত হইব। কিন্তু যাহাদের অগ্রহে চিকিৎসা-প্রকাশ নিত্যস্ত দীন অবস্থা হইতে এতাদৃশ উন্নতি এবং দীর্ঘজীবন লাভে সমর্থ হইয়াছে, আমাদের সম্পূর্ণ ভরসা—সেই সকল পৃষ্ঠপোষক পুরাতন গ্রাহকগণের পূর্ববৎ অগ্রহ লাভে বার্ষিক মূল্য এইরূপ হ্রাস করিয়াও আমরা ক্ষতিগ্রস্ত হইব না।

কেহ যেন মনে না করেন যে, বার্ষিক মূল্য হ্রাস করিলাম বলিয়া, চিকিৎসা-প্রকাশের কলেবরও হ্রাস করিব। গ্রাহকগণ অন্তত ইউন—২৪শ বর্ষে চিকিৎসা-প্রকাশের কলেবর তো হ্রাস হইবেই না, পরন্তু ২৪শ বর্ষে চিকিৎসা-প্রকাশ বাহাতে আরও অধিকতর উন্নতাকারে প্রকাশিত হয়, তাহারই ব্যবস্থা করিয়াছি।

সহদয় গ্রাহকগণকে এইটুকু মাত্র বিবেচনা করিয়া দেখিতে অনুরোধ করি যে—চিকিৎসা-প্রকাশের গ্রাফ একরূপ একখানি বৃহদাকার মাসিক পত্র মাত্র ২৮ আড়াই টাকায় এক বৎসর দেওয়া কতদূর সম্ভব? প্রত্যেক অবস্থাভিঃ বিবেচক ব্যক্তি নিশ্চিতই বলিবেন যে, বাস্তবিকই ইহা অসম্ভব। কিন্তু এই অসম্ভবও যে, সম্ভব হইয়াছে; তাহার একমাত্র কারণ—পুরাতন গ্রাহকগণের অশেষ ও আশাতিরিক্ত অমুকম্পা। আজ এই বর্তমান দুর্দিনেও আমাদের পুরাতন গ্রাহকমণ্ডলীর সেই পূর্ববৎ অমুকম্পার উপর নির্ভর করিয়াই—তাহাদের সুবিধার্থেই, ২৪শ বর্ষে চিকিৎসা-প্রকাশের বার্ষিক মূল্য ২৮ আড়াই টাকা ধার্য করিতে সাহসী হইলাম। আমাদের একান্ত ভরসা—এবারও সমুদয় পুরাতন গ্রাহকেরই সহানুভূতি লাভে কৃতার্থমত্ত হইব।

ভিঃ পিঃ তে বার্ষিক মূল্য গ্রহণঃ—চিরাচরিত প্রথা অনুসারে আগামী ১৩০৮ সালের বৈশাখ মাসের ২য় সপ্তাহের মধ্যেই ২৪শ বর্ষের চিকিৎসা-প্রকাশের প্রথম সংখ্যা ভিঃ পিঃ তে পাঠাইয়া, ২৪শ বর্ষের বার্ষিক মূল্য ২৮ আড়াই টাকা এবং রেজেক্টারী ফি: ৮০ ছই আনা ও মনিঅর্ডার ফি: ৮০ ছই আনা, মোট ২৮০ ছই টাকা বার আনা গৃহীত হইবে।

২৪শ বর্ষে চিকিৎসা-প্রকাশের বার্ষিক মূল্য হ্রাস করিলাম—অধিকন্তু, ২৪শ বর্ষে চিকিৎসা-প্রকাশের

অতিক্রম উন্নতি সাধনও করিব, ইহাতেও যদি এবার কোন গ্রাহক চিকিৎসা-প্রকাশ গ্রহণে অনিচ্ছুক হন, তাহা হইলে সামান্য প্রার্থনা—ভিঃ পিঃ তে চিকিৎসা-প্রকাশ পাঠাইবার পূর্বে, অনুরোধ পূর্বক তাহা জানাইয়া অনুরোধীত করিতে ভুলিবেন না। আশা এং অনুরোধ—এবার এই দুর্দিনে ভিঃ পিঃ ফেরৎ দিয়া কেহই অকারণ ক্ষতিগ্রস্ত করিবেন না।

না হইলে, আগামী বৈশাখ মাসের ২য় সপ্তাহে ১ম সংখ্যা ভিঃ পিঃ ডাকে পঠান হইবে।

আরও একটি অনুরোধ—যাহারা মনিঅর্ডার করিয়া বার্ষিক মূল্য পাঠাইবেন, মনিঅর্ডারের কুপনে পুরাতন গ্রাহকগণ “গ্রাহক নম্বর” এবং নূতন গ্রাহকগণ “নূতন গ্রাহক” এই কথাটি লিখিতে ভুলিবেন না। নতুবা টাকা জমা করিতে বিশেষ অসুবিধা হইয়া থাকে।

মনিঅর্ডারে বার্ষিক মূল্য প্রেরণঃ—
চিকিৎসা-প্রকাশের বার্ষিক মূল্য মনিঅর্ডার করিয়া পাঠানই অধিকতর সুবিধাজনক। কারণ—ভিঃ পিঃ তে চিকিৎসা-প্রকাশ পাঠাইলে বার্ষিক মূল্য ২১০ টাকা, রেজেষ্টারী ফিঃ ৮০ ছই আনা এবং মনিঅর্ডার ফিঃ ৮০ ছই আনা, একুনে ২৮০ ছই টাকা বার আনা গ্রাহকগণের দিতে হয়, কিন্তু বার্ষিক মূল্য মনিঅর্ডার করিয়া পাঠাইলে বার্ষিক মূল্য ২১০ ও মনিঅর্ডার ফিঃ ৮০ আনা, একুনে ২৯০ ছই টাকা দশ আনা লাগিবে। তারপর, ভিঃ পিঃর টাকা আমাদের হস্তগত হইতে অনেক বিলম্ব হয় এবং অনেক সময় অনেক ভিঃ পিঃর টাকার গোলযোগও হইয়া থাকে। ইহাতে পরবর্তী সংখ্যা গ্রাহকগণের পাইতে কিছু বিলম্ব হইয়া থাকে। সুতরাং সুবিধা হইলে গ্রাহকগণকে তাঁহাদের দেয় বার্ষিক মূল্য মনিঅর্ডার করিয়া পাঠাইতে অনুরোধ করি। তবে পোস্টাফিসের দূরত্ব বশতঃ যাহাদের মনিঅর্ডার করা অসুবিধাজনক, তাহারা ভিঃ পিঃতেই চিকিৎসা-প্রকাশ গ্রহণ করিবেন।

যাহারা মনিঅর্ডার করিয়া বার্ষিক মূল্য পাঠাইবেন, তাহারা অনুরোধপূর্বক ১৩৩৮ সালের বৈশাখ মাসের ১ম সপ্তাহের মধ্যেই যেন টাকা মনিঅর্ডার করেন। ১ম সপ্তাহের মধ্যে মনিঅর্ডারে বার্ষিক মূল্য আমাদের হস্তগত

বার্ষিক সূচীপত্রঃ—১২শ সংখ্যা ছাপা শেষ না হইলে ১ম সংখ্যা হইতে ১২শ সংখ্যার সূচীপত্র প্রস্তুত করা অসুবিধাজনক হয়। এজ্ঞা এই সংখ্যার সঙ্গে বার্ষিক সূচীপত্র দিতে পারা গেল না। গত বৎসরের ত্রায় বর্ষমান বর্ষের বার্ষিক সূচীপত্র ২৪শ বর্ষের ১ম সংখ্যার সঙ্গে প্রেরিত হইবে।

বিশেষ দ্রষ্টব্য—পোস্টাফিসের নূতন নিয়ম সম্প্রতি নিয়ম হইয়াছে যে, ডাকঘরে ভিঃ পিঃ পার্সেল ৩ দিনের বেশী ডিপজিট থাকিবে না—তিন দিন পরেই উহা ফেরৎ দিবে। সেজ্ঞা গ্রাহকগণকে বিশেষভাবে অনুরোধ করিতেছি যে, ডাকঘর হইতে চিকিৎসা-প্রকাশের ভিঃ পিঃ প্যাকেটের পৌছান সংবাদ (ইটিমেন) পাইবা মাত্র উহা যেন ডিলিভারি নেন। নতুবা বিলম্ব করিলে উহা ফেরৎ হইবে।

ঐচ্ছিক যাবতীয় চিঠিপত্র, টাকা কড়ি প্রভৃতি

নিম্ন ঠিকানায় প্রেরিতব্য—

ডাঃ ডি, এন, হালদার—স্বাধিকারী

১৯৭নং বহুবাজার স্ট্রীট, কলিকাতা।

—: *:—

টেলিগ্রাম ঠিকানা—“বেলজিনা”

ফোন—বড়বাজার ২৬১৫

বিবিধ

বসন্তরোগে সালফারসেনল (Sulfarsenol in Smallpox) :—পত্রান্তরে উল্লিখিত হইয়াছে—“১—২ দিন অন্তর ২, ৩, বা ৪নং সালফারসেনল দুইটি মাত্র ইঞ্জেকসন করিলে ১০ দিনের মধ্যেই বসন্ত রোগ সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য হয়। ইহাতে শরীরে বসন্তের কোন দাগ (Scarring) থাকে না। বসন্তের গুপ্তাবস্থায় (In incubation Stage) একমাত্র (২ বা ৩ নং) সালফারসেনল ইঞ্জেকসন দিলে বসন্তের আক্রমণ প্রতিহত হয়। গুটিকা নির্গমনের পূর্বে জরীয় অবস্থায় ইহা ইঞ্জেকসন দিলে আর গুটিকা বহির্গত হয় না। বলা বাহুল্য, ইহাতে কোন অনিষ্টের আশঙ্কা নাই। ১০—১৪ বৎসর বয়স্কদিগকে ইহা ৬—১২ সেন্টিগ্রাম, ৫—১০ বৎসরে ৩—৬ সেন্টিগ্রাম এবং শিশুদিগকে ১/২—২ সেন্টিগ্রাম মাত্রায় ইঞ্জেকসন করা কর্তব্য। (Medical Practitioner. Dec. 1930)

পথ্য ও ত্রিশধরূপে লেবুর রস (Lemon Juice as a Diet and Medicine) :—পত্রান্তরে উল্লিখিত হইয়াছে—“রক্ত পরিশ্কার এবং ইহার অস্বাভাবিক ক্ষারত্ব (abnormal alkalinity) নষ্ট করিতে লেবুর রস মহোপকারী। পরন্তু, বাত (Rheumatism); গাউট (Gout) এবং অজ্ঞাত যে সকল পীড়ায় আভ্যন্তরিক স্রাব বিযাক্ত হয় বা ঐ সকল স্রাবে রোগ-জীবাণুর বংশ বৃদ্ধি ও পরিপোষণে সাহায্য হইয়া থাকে, সেই সকল পীড়ায় লেবুর রস সেবন করিলে বিশেষ সফল পাওয়া যায়। ইহা দুবিত স্রাবকে বিশোধিত করে এবং স্রাবের অম্লত্ব (acidity) বৃদ্ধ করিয়া রোগ-জীবাণুর বৃদ্ধি দমনে ও উহাদের বিনাশ

সাধনে সাহায্য করে। লেবুর রসের কোন বিষক্রিয়া নাই এবং ইহা সহজেই শরীর হইতে নিষ্কাশিত হইয় যায়।

(Tamil Niadu Ayurvedic Journal)

বেদনার ফলপ্রদ ব্যবস্থা (most effective analgesic) :—যে কোন বেদনায়—যেস্থলে মর্ফিন প্রয়োগেও বেদনার উপশম হয় না, সে স্থলে নিম্নলিখিত ব্যবস্থাটি অব্যর্থ ফলপ্রদ বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে।

Re.

একট্রাক্ট হায়োসায়ামাস	... ১৫ গ্রেণ।
কোডেন ফস্কেট	... ৪ গ্রেণ।
ফেনোবারবিটাল	... ৪ গ্রেণ।
এমিডোপাইরিন	... ৭৫ গ্রেণ।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১৫টা ক্যাপসুলে সমান ভাগে পূর্ণ করতঃ, প্রত্যেক ক্যাপসুল ৩—৪ ঘণ্টান্তর সেব্য।

(Clin. Med. and Surgery, Dec 1930)

শৈশবীয়া এন্টারিক ফিভার (Enteric fever in infants) :—Dr. M. Marfan নামক জর্নৈক বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক লিখিয়াছেন—“শিশুদিগের এন্টারিক ফিভার সাধারণতঃই সাংঘাতিক হইতে দেখা যায়। অধিকাংশ স্থলেই ইহাতে ব্রঙ্কোনিউমোনিয়া বা কলেরার স্রাব লক্ষণযুক্ত উদরাময় প্রভৃতি উপসর্গ উপস্থিত হইয়া রোগীর কোলাপ্স অবস্থায়

মৃত্যু সংঘটিত হয়। এরূপ স্থলে নিম্নলিখিত উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগে এই অবস্থায় সবিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

- (১) প্রতি তিন ঘণ্টাস্তর হট্ বাথ (Hot bath)
দেওয়ার সঙ্গে নিম্নলিখিত যে কোন
ঔষধটী ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য।

(২) Re.

ক্যাফর ... ৭½ গ্রেন।

সালফিউরিক ইথার ৩০ মিনিম।

অলিভ অয়েল এড ৮ সি, সি।

একত্র মিশ্রিত করিয়া বয়সানুযায়িক মাত্রায়
হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য। অথবা—

(৩) Re.

ক্যাফিন সাইট্রেট ... ১/৩ গ্রেন।

ডিষ্টিল্ড ওয়াটার ... ২ সি, সি।

একত্র মিশ্রিত করিয়া হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসন।
বয়সানুযায়িক মাত্রায় প্রযোজ্য। এই সঙ্গে
সোডি বাইকার্বের ক্ষীণ দ্রব (weak solution)
দ্বারা প্রত্যহ মুখাভ্যন্তর পরিষ্কার করিয়া দেওয়া কর্তব্য।
(Journal des. Practiciens, M. M. R.
oct 1930)

**সরলাস্ত্রের গণোর্রিয়া (Rectal
Gonorrhoea) :**—Dr. L. Bozzolo
(La. (Riforma Medica, Feb. 24, 1930)
লিখিয়াছেন—“সরলাস্ত্রে গণোর্রিয়ার আক্রমণ খুবই সাধারণ,
কিন্তু চিকিৎসকগণের মনোযোগ এতদ প্রতি অল্পই আকৃষ্ট
হয়। গণোর্রিয়ায় আক্রান্ত অধিকাংশ ব্যক্তিরই সরলাস্ত্রে
গণোর্রিয়া বিদ্যমান থাকিতে দেখা যায়। জীলাকদের
যোনি হইতে নিঃসৃত স্রাব এবং পুরুষদিগের
গোষ্ঠেট ও সেমিভাল ভেসিকল হইতে অতি সহজেই
গণোককাস জীবাণু দ্বারা সরলাস্ত্র সংক্রমিত হইতে পারে
এবং হয়ও। এইরূপ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির মলদ্বারের

স্রাব অনুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে সহজেই পীড়া
নির্গত হইতে পারে।”

“মলদ্বারের এইরূপ গণোর্রিয়ায় চিকিৎসার্থ
১ : ৩০০০ শক্তির নাইট্রেট-সিলভার সলিউশন, কিংবা
১% সিলভার এলবুমোজ (Silver Albumose) লোসন
দ্বারা সরলাস্ত্র ধোত করিলে বিশেষ সফল পাওয়া যায়।

(Urologic and Cutaneous Review —
M. R. R. oct-1930)

**দগ্ধ বা দহনের সহজসাধ্য ফলপ্রসূ
চিকিৎসা (Simple and effective
treatment of Burns) :**—কলিকাতা চিকিৎসক
সেবাসদন হস্পিটালের মেডিক্যাল অফিসার ও এসিষ্ট্যান্ট
রেডিওলজিষ্ট Dr. J. Dhar-Roy B. Sc. M. B.
মহেদয় অগ্নিদগ্ধের (Burns) চিকিৎসা সম্বন্ধে
একটি সারগর্ভ প্রবন্ধ প্রকাশ করিয়াছেন। এস্থলে
উহার সারমর্ম প্রদত্ত হইল।

Dr. Dhar লিখিয়াছেন—“দগ্ধ স্থানের চিকিৎসার্থ
বহু সংখ্যক ঔষধ ও চিকিৎসা-প্রণালী অনুমোদিত ও
প্রচলিত আছে। ইহাদের মধ্যে অশ্রেয় অনেক ঔষধ
প্রয়োগেই সফল পাওয়া যায়। কিন্তু এই সকল
চিকিৎসা-প্রণালী বিশেষ সহজসাধ্য নহে এবং কতকগুলি
আবার চিকিৎসকের সাহায্য ব্যতীতও প্রয়োগের
সুবিধা হয় না। দগ্ধ ব্যাপারটা একটা আকস্মিক ঘটনা; দগ্ধ
হইবার পর চিকিৎসকের সাহায্য পাওয়া অনেক স্থলেই সম্ভব
হইতে পারে না। অথচ কোন স্থান পুড়িয়া গেলে তদগুণেই
চিকিৎসা করার প্রয়োজন হইয়া থাকে। এরূপ স্থলে
সহজসাধ্য এবং সাধারণের পক্ষে সহজ অবলম্বনীয় কোন
চিকিৎসা-প্রণালীই যে, সর্বাপেক্ষা সম্পূর্ণ উপযোগী;
তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই। আমি এরূপ একটি
অতি সহজসাধ্য চিকিৎসা-প্রণালী উল্লেখ করিব।
প্রণালীটি এই যে—

‘কোন স্থান দগ্ধ হইবার পর দগ্ধ স্থানের অল্পরূপ একখণ্ড
এব্রসবোর্ড কটন (তুলা) কিংবা গুজ (Gauze)

এব্‌সলিউট এলকোহল. (Absolute alcohol.),
ব রেটিফাইড স্পিরিট (Rectified Spirit.), অথবা
হুইস্কি (Whisky) কিম্বা ব্রাণ্ডিতে (Brandy)
ভিজাইয়া, তদ্বারা দন্ধস্থানের সমুদয় অংশ সম্পূর্ণরূপে
আবৃত্ত করিয়া দিয়া টিলা ভাবে বাণ্ডেজ করিয়া দিতে
হইবে। যখন ঐ তুলা বা গজ শুকাইয়া যাইবে, তখন
উহা উঠাইয়া পুনরায় ঐরূপ ভাবে ড্রেস করিয়া দিতে
হইবে। এইরূপ ভাবে দন্ধস্থানের উপর এলকোহল,
স্পিরিট, ব্রাণ্ডি বা হুইস্কি সিক্ত তুলা বা গজ প্রয়োগ
করা মাত্র, উহাদের স্থানিক অসাড়তা ক্রিয়া (anes-
thetic effect) হেতু তৎক্ষণাৎ জালা যন্ত্রণা উপশমিত
হয়। পক্ষান্তরে, ইহার পচন নিবারক ক্রিয়া (antiseptic)
প্রকাশ করিয়া উপকার করে। এই চিকিৎসার আরও

একটা উপকারিতা ও উপযোগিতা এই যে, ইহাতে দন্ধ
স্থানে প্রায় ফোঁকা হয় না এবং এই চিকিৎসা
যথাসময়ে গৃহস্থগণও করিতে পারেন। গত বৎসর পূজার
সময় আমার নিজ পরিবারের মধ্যে একটা লোক অগ্নি-
দন্ধ হওয়ায় আমি উল্লিখিত চিকিৎসা অবলম্বনের
সুযোগ পাইয়াছিলাম। এই চিকিৎসায় সন্তোষজনক
সুফল হইতে দেখিয়া আমি আশ্চর্য্যান্বিত হইয়াছি।
আশা করি, প্রত্যেক চিকিৎসকই এই সহজসাধ্য
চিকিৎসা-প্রণালী পরীক্ষা করিয়া ইহার সুফল সাধারণে
প্রকাশ করিবেন। (Antiseptic, Jan. 1331)

মন্তব্য :—আমরা বহু সংখ্যক স্থলে উল্লিখিতরূপে
মেন্‌সিলেটেড স্পিরিট প্রয়োগ করিয়াও সন্তোষজনক উপকার
হইতে দেখিয়াছি। (চিঃ, প্রঃ, সম্পাদক)।

মধ্যকর্ণের তরুণ প্রদাহে (Acute otitis media) ফলপ্রদ ব্যবস্থা

Re.

এসিড কার্বলিক	...	৭ গ্রেণ।
এক্সট্রাক্ট ওপিয়াই লিকুইড	...	৬ মিনিম।
কোকেন হাইড্রোক্লোর	...	৩ গ্রেণ।
এট্রোপিন সালফেট	...	৩ গ্রেণ।
জিনেটিন	...	১৮ গ্রেণ।
গ্লিসারিন	...	২½ ড্রাম।
ডিউল্ড ওয়াটার	...	১ ড্রাম।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহার ২।১ বিন্দু কাণে প্রযোজ্য। ইহাতে সত্বরেই বেদনা, যন্ত্রণা ও প্রদাহের উপশম
হয়। প্রত্যহ ৩৪ বার প্রয়োগ করা কর্তব্য।

(Dr. G. L. Richards. M. D.)



মূত্রগ্রন্থির (কিডনীর)-তরুণ প্রদাহ একিউট নেফ্রাইটিস—Acute nephritis.

লেখক—ডাঃ এ, কে, এম আবদুল ওয়াহেদ B. Sc. M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন কলিকাতা প্রেসিডেন্সি জেনারেল হস্পিট্যাল,

এসিস্ট্যান্ট সার্জেন নেত্রকোনা হস্পিট্যাল

ময়মনসিংহ

— •:(*)o(*):(•—

মূত্রগ্রন্থির (Kidney—কিডনী) তরুণ প্রদাহ অতি সাধারণ ব্যাধি এবং ইহার পরিণামও সর্বত্র শুভ হয় না। পেটের মধ্যস্থ যন্ত্র সমূহের মধ্যে কিডনী একটি অতি মূল্যবান যন্ত্র। দেহ কোন প্রকারে ব্যাধিগ্রস্ত হইলে জ্বপিশুলকে যেমন অনেক ভাঁর সহ্য করিতে হয়, তেমনি অধিকাংশ ব্যাধিতে কিডনীকে বহুতর দুর্ভোগ এবং স্থায়ী অথবা অস্থায়ী অনেক অনিষ্টও সহ্য করিতে হয়। সেইজন্ত কিডনীর ব্যাধিগুলি চিকিৎসকগণের নিকট অধিকতর গুরুত্ব প্রাপ্ত লাভ করিয়াছে। কিন্তু সুধু এই কারণে নহে—মূত্রযন্ত্রের পীড়া সমূহের প্রাধান্য লাভের আরও একটা কারণ আছে; এই কারণটা এই যে—কোন জিনিষ যতক্ষণ অবোধ বা দুর্লভ্য থাকে, ততক্ষণ বহু লোকেই তাহার অজ্ঞাত তত্ত্ব উদ্ঘাটিত করিবার জন্ত চেষ্টা করিতে থাকে। কিডনীর বেলাও তাহাই ঘটিয়াছে। আমরা ম্যানাটম ও হিস্টলজী (Histology—দৈহিক বিধানের

হৃদয় আকার তত্ত্ব) অমেকটা নিভুল ভাবে জানি; কিন্তু উহার ক্রিয়া সম্বন্ধে আমাদের নিভুলজ্ঞান অতি সামান্য। রোগগ্রস্ত কিডনীর পোষ্টমর্টেম (postmortem) ছবি এবং তাহা দেখিয়া ধারণা করিয়া লই যে—“রোগের অবস্থায় বোধ হয় কিডনীর হৃদয় আকারের (histology) এই এই স্থানগুলি এই প্রকারে বিকৃত হইয়াছিল এবং তাহার ফলে বোধ হয় এই এই প্রকারে উহার ক্রিয়াবিকৃত হইয়াছিল”। কিডনীর ব্যাধি সমূহের দুর্লভ্য রহস্ত সমূহ উদ্ঘাটন করিবার জন্ত বহু ব্যক্তি নিযুক্ত থাকার ফলে, বহু মতভেদের উদ্ভব হইয়াছে। তাঁহাদের এই সকল মতানৈক্যের জন্ত কিডনীর ব্যাধিগুলি সাধারণের পক্ষে আরও দুর্লভ্যতর হইয়া উঠিয়াছে এবং এই হিসাবেও কিডনীর ব্যাধিগুলি প্রাধান্য লাভ করিয়াছে।

উপরোক্ত উভয় কারণ বশতঃ কিডনীর তরুণ প্রদাহের বিষয় আলোচনা করিবার নিমিত্ত এই প্রবন্ধের অবতারণা

করা হইয়াছে। পরন্তু, এই পীড়ার আক্রমণ বাহ্যিক ও খুব বেশী, এবং পীড়ার চিকিৎসাভেদে অনেক স্থলে অনেক গোলযোগ ঘটে। পাঠকগণ বাহ্যিক এই পীড়ার সম্বন্ধে সর্বেশেষ জ্ঞান লাভ ও চিকিৎসায় সাফল্য লাভ করিতে পারেন ইহাও এই পীড়া সম্বন্ধে বিস্তৃত আলোচনার অন্ততম কাণ্ড।

প্রদাহের স্থান ও পীড়ার শ্রেণীবিভাগ
সম্বন্ধে মতভেদঃ—কিডনীর তরুণ প্রদাহ এই প্রবন্ধের আলোচ্য বিষয়। কিডনী বা মূত্রগ্রন্থির তরুণ প্রদাহকে “একিউট নেফ্রাইটিস” বলে। এই পীড়া একটা স্বতন্ত্র ব্যাপ্তিরূপে প্রকাশ পাইতে পারে, এবিষয়ে যৌধ হয় কাহারও মতভেদ নাই; অর্থাৎ “গ্যাকিউট নেফ্রাইটিস” এই নামে কাহারও আপত্তি নাই এবং কিডনীর প্রদাহ যে ইহাৎ সংঘটিত হইতে পারে, তাহাতেও অবশ্য কাহারও সন্দেহ নাই। কিন্তু ইহার পর হইতেই যাবতীয় গোলযোগ এবং ধাঁধার সূত্রপাত হইয়াছে। যদি প্রশ্ন করা যায়—‘তরুণ প্রদাহে মূত্রগ্রন্থির কোন্ কোন্ টীণ্ডতে প্রদাহের চিহ্ন দেখা যায়?’ ইহার উত্তরে বহুপ্রাচীন এবং বহু ব্যক্তি দ্বারা সমর্থিত কিডনীর তরুণ প্রদাহের একটা শ্রেণী-বিভাগ উল্লেখ করা যায়। এই মত অনুসারে তরুণ নেফ্রাইটিসকে নিম্নলিখিত কয়েক শ্রেণীতে বিভক্ত করা হইয়াছে। যথা—

- (১) টিউবিউলার (tubular);
- (২) গ্লোমারিউলার (glomerular);
- (৩) ইন্টারস্টিসিয়াল (Interstitial);

একিউট নেফ্রাইটিসে কিডনীর টিউবিউল বা সূক্ষ্মতম মূত্র প্রস্রাবকারক নালী প্রদাহাধিত হইলে, তাহাকে “টিউবিউলার নেফ্রাইটিস”; কিডনীর গ্লোমারিউলার বা মূত্র-প্রস্রাবকারক গুচ্ছ প্রদাহাধিত হইলে তাহাকে “গ্লোমারিউলার নেফ্রাইটিস” এবং কিডনীর মূত্র-প্রস্রাবকারক গুচ্ছ ও নালীর বাহিরের টীণ্ড প্রদাহাধিত হইলে তাহাকে “ইন্টারস্টিসিয়াল নেফ্রাইটিস” বলিয়া অভিহিত করা হয়। ইহা বেশ সহজবোধ্য এবং যুক্তিসঙ্গত শ্রেণীবিভাগ সন্দেহ নাই;

কিন্তু ইহা কি বাস্তবিকই সত্য? অর্থাৎ কিডনীর তরুণ প্রদাহ ঘটিলে কোন ক্ষেত্রে কেবল মাত্র গ্লোমারিউলাই, কোথাও বা কেবল মাত্র টিউবিউল এবং কোন স্থানে বা কেবল মাত্র ইন্টারস্টিসিয়াল টীণ্ড প্রদাহাধিত হইয়া থাকে; ইহা কি সম্পূর্ণ সত্য? যে কোন কারণে হউক না কেন, কিডনী ইহাৎ প্রদাহাধিত হইলে ঐ প্রদাহ যে বা ছিয়া বাছিয়া কিডনীর অংশ বিশেষকে আক্রমণ করিবে এবং অল্প অংশকে স্পর্শও করিবে না; এরূপ প্রমাণ করিবার উপায় নাই। সুতরাং সহজবোধ্য হওয়া সত্ত্বেও, উপরোক্ত শ্রেণীবিভাগের বিশেষ কোন মূল্য নাই। কেহ কেহ আবার এই শ্রেণী বিভাগকে একেবারে অচল না করিয়া একটী মধ্য পথ অবলম্বন করিয়াছেন। তাঁহারা বলেন—“কিডনীর তরুণ প্রদাহ গ্লোমারিউলাই, টিউবিউল ও ইন্টারস্টিসিয়াল টীণ্ড সবই কম বেশী পরিমাণে প্রদাহাধিত হইতে পারে।” এই মতটা একটু অধিকতর যুক্তিসঙ্গত বলিয়া শুনায; কিন্তু তাহা হইলেও ইহাও সম্পূর্ণভাবে অসম্ভব বলিয়া বোধ হয় না।

আবার যদি প্রশ্ন করা যায় যে—“যে কোন কারণে উৎপন্ন হউক না কেন, কিডনীর তরুণ প্রদাহে সমগ্র কিডনী প্রদাহাধিত হইবে, না উহার অংশ বিশেষ প্রদাহাধিত হইবে? অর্থাৎ কিডনীর তরুণ প্রদাহে উক্ত প্রদাহ সমগ্র কিডনী ব্যাপী—ডিফিউজ (diffuse) হইবে না স্বল্প স্থান ব্যাপী—ফোকাল (focal) হইবে? গ্যাকিউট নেফ্রাইটিসে, প্রদাহ সমগ্র কিডনী ব্যাপী বা ডিফিউজ এবং স্বল্প স্থান ব্যাপী বা ফোকাল হইতে দেখা যায়। কিডনীর তরুণ প্রদাহের এই ব্যাপকতার উপর নির্ভর করিয়া নেফ্রাইটিসকে কেহ কেহ ডিফিউজ ও ফোকাল, এই দুই ভাগে বিভক্ত করিয়াছেন। এই উভয় প্রকার প্রদাহেই কিডনীর সর্ব প্রকার টীণ্ড অর্থাৎ গ্লোমারিউলার, টিউবিউলার ও ইন্টারস্টিসিয়াল আক্রান্ত হইয়া থাকে। এই প্রকার শ্রেণীবিভাগও গুণিতে বেশ ভাল; কিন্তু ইহারও কোন সার্থকতা নাই।

কারণ, আমরা এখনও পর্যন্ত এমন কোন পরীক্ষা বা উপায়ের বিষয় জানি না—যদ্বারা প্রদাহের প্রকৃত স্বরূপ অর্থাৎ প্রদাহ সমগ্র কিডনীকে বা উহার স্থান বিশেষকে আক্রমণ করিয়াছে, তাহা সঠিকভাবে অবগত হইতে পারি। কোন কারণে উৎপন্ন প্রদাহে কিডনীর সমগ্র ভাগ আক্রান্ত এবং কোণায় বা উহা আংশিক ভাবে আক্রান্ত হইবে, ইহা আমরা নিশ্চিত ভাবে বলিতে পারি না। আমরা সাধারণতঃ মনে করি যে, কলেরার আক্রমণের ফলে সমগ্র কিডনী তরুণ প্রদাহে আক্রান্ত এবং ম্যালিগন্যান্ট এণ্ডোকার্ডাইটিসের ফলে কিডনীর স্বল্প পরিমাণ অংশ তরুণ প্রদাহাঘ্রিত হইল; কিন্তু কলেরাতেও যে কিডনীর স্বল্প পরিমাণ অংশ এবং ম্যালিগন্যান্ট এণ্ডোকার্ডাইটিসের ফলেও যে, সমগ্র কিডনী তরুণভাবে প্রদাহাঘ্রিত হইতে পারে না, ইহা প্রমাণ করা যায় না।

কেহ কেহ কিডনীর তরুণ প্রদাহকে উহার উৎপত্তির কারণ অনুসারে বিভক্ত করিবার চেষ্টা করিয়াছেন। ডিফথেরিয়া, টনসিলাইটিস, ইরিসেপিলাস, কালাজর, কলেরা ইত্যাদি তরুণ সংক্রামক পীড়ার ফলে ও মার্কান্নী, কার্সলিক এপিড, টার্পেন্টাইন প্রভৃতি দ্রব্য বিষমাত্রায় সেবনের ফলে এবং গর্ভাকালীন বিষাক্ততা হেতু কিডনীর তরুণ প্রদাহের উৎপত্তি হইতে পারে। এই বিভাগটাও বেশ ভাল, কিন্তু কালজরের নিমিত্ত উৎপন্ন তরুণ নেফ্রাইটিস যে, কলেরায় উৎপন্ন তরুণ নেফ্রাইটিসের অবিকল অনুরূপ হইবে না বা উহার পরস্পর হইতে সম্পূর্ণ পৃথক হইবে, তাহা নিশ্চয় করিয়া বলা যায় না। আবার এই সকল তরুণ সংক্রামক ব্যাধিজাত একিউট নেফ্রাইটিস যে মার্কান্নী বা আর্সেনিক প্রভৃতি বিষাক্ত দ্রব্য সেবনের ফলে উৎপন্ন নেফ্রাইটিস হইতে সম্পূর্ণ পৃথক হইবে এবং উহাদের অবিকল অনুরূপ হইবে না, তাহাও প্রমাণ করা যায় না।

উপরোক্ত কয়েক প্রকার বিভিন্ন কারণজাত তরুণ নেফ্রাইটিসে মূত্রগ্রন্থির স্থূল বৈধানিক বিকৃতি (morbid

চৈত্র—১

histology) একই প্রকার কিম্বা বিভিন্ন প্রকারের হইবে। এখানেও ডিফিউজ ও ফোকাল নেফ্রাইটিস এবং গ্লোমেরিউলার, ইন্টারসিসিয়াল, টিউবিউলার, এই সমস্ত স্থূল ও স্থূল আকারের প্রদাহের কথা উঠিলে, এবং উহাদের লক্ষণাবলী এক বা বিভিন্ন প্রকারের হইবে কি না, তাহাও বিচার্য বিষয়। বলা বাহুল্য, এই সমস্ত বিষয়ের সূক্ষ্মমাংসা হইলে, তবেই এই প্রকার শ্রেণীবিভাগ টিকিতে পারে।

কেহ কেহ আবার উপরোক্ত কয়েক প্রকার বিভাগের কোন একটিকে মূল ভিত্তি করিয়া, বোনের বিশেষ লক্ষণাবলী, যথা—রক্তের চাপ বৃদ্ধি, শোথ ইত্যাদির উপর নির্ভর করিয়া পুনর্বিভাগে (Subclassification) প্রবৃত্ত হইয়াছেন। কিন্তু একপা বিভাগ ও পুনর্বিভাগও যে অপ্রাসঙ্গিক তাহাও বলা যায় না।

উপরোক্ত বিষয়গুলি স্থিরভাবে পর্যালোচনা করিলে দেখা যায় যে, - কিডনীর তরুণ প্রদাহ (একিউট নেফ্রাইটিস) পীড়াকে যতই স্থূল হইতে স্থূলতর ভাবে বিশ্লেষণ করিবার প্রয়াস পাওয়া যাইবে, ততই সূক্ষ্মমাংসার পরিবর্তে বিষয়টি আরও বেশী জটিলতর ও দুর্বোধ্য হইয়া নাড়াইবে। চুলচেরা বিচারে প্রবৃত্ত হইলে যে ধাঁধায় পড়িবার সম্ভাবনা, তাহার কারণ এই যে—আমরা কিডনীর ফিজিওলজী ও প্যাথোলজী সম্বন্ধে একাল পর্যন্ত অতি সামান্যই জ্ঞান লাভ করিয়াছি।

নিদানজ্ঞ পণ্ডিতগণ স্থূলতম সত্যানুসন্ধিসময় ব্যাপ্ত থাকিয়া জটিল বিষয়কে সহজবোধ্য কিম্বা দুর্বোধ্য, যাহা খুন্সী করুন; কিন্তু সাধারণের পক্ষে কার্য্যকরী এবং সহজবোধ্য, আধুনিক এবং বহুদূর সম্ভব দৃঢ় ও সত্য জ্ঞান লাভ করা আবশ্যক। এতদর্থে তরুণ নেফ্রাইটিস পীড়ার বিষয় সরল ও সহজ বোধগম্য ভাবে বর্ণনা করিব।

শ্রেণীবিভাগ ৪—মূত্রগ্রন্থির (কিডনীর) তরুণ প্রদাহ (acute nephritis) একটা স্বতন্ত্র ব্যাধি। এই

প্রদাহকে নিম্নলিখিত দুই শ্রেণীতে বিভাগ করা যাইতে পারে। যথা—

(১) ধ্বংশোন্মুখী প্রদাহ (degenerative nephritis)

(২) মূত্রগ্রন্থির সাধারণ প্রদাহ (nephritis) ;

(১) মূত্রগ্রন্থির ধ্বংশোন্মুখী বা অপকর্ষতাজনক প্রদাহ (degenerative nephritis) :—
সিফিলিস, টিউবারকিউলোসিস, মারাত্মক অর্কুদ, গর্ভকালীন বিষাক্তাবস্থা এবং রাসায়নিক বিষাক্ত পদার্থসমূহ দ্বারা কিডনীর যে তরুণ প্রদাহের সৃষ্টি হয়, তদ্বারা কিডনী ধ্বংশোন্মুখী অগ্রসর হয় বলিয়া এই প্রকার প্রদাহকে ধ্বংশোন্মুখী প্রদাহ বা ডিজেনারেটিভ নেফ্রাইটিস বা নেফ্রোসিস (Nephrosis) বলা হয়।

(২) মূত্রগ্রন্থির সাধারণ প্রদাহ (nephritis) :—
ডিফথেরিয়া, টনসিলাইটিস, কলেরা, ইরিসিপেলাস, কালাজর প্রভৃতি হইতে কিডনীর যে প্রদাহ হইয়া থাকে, তাহা সাধারণ প্রদাহের আয় এবং এজন্ত ইহাকেই “সাধারণ নেফ্রাইটিস” নামে অভিহিত করা হইয়া থাকে।

এই প্রকার শ্রেণীবিভাগ যে তর্কে টিকিবে, তাহা বলিতেছি না; তবে ইহা পূর্বোন্নিখিত শ্রেণীবিভাগ অপেক্ষা স্বাভাবিক এবং ইহা আমাদের চিন্তাধারা নূতনভাবে প্রধাবিত করিতে সহায়তা করিতেছে। দেহবিধ্বংশী ব্যাধি সমূহ, যেমন—টিউবারকিউলোসিস, সিফিলিস, মারাত্মক অর্কুদ প্রভৃতি পীড়া মহর গতিতে এবং কার্শলিক এসিড বা আসেনিক প্রভৃতি বিষপদার্থ সেবনে দ্রুত গতিতে দেহের বিনাশ সাধন করিয়া থাকে; সেইরূপ ইহার যে, কিডনীর এক প্রকার তরুণ ধ্বংশোন্মুখী প্রদাহের সৃষ্টি করিয়া উহার ধ্বংশ সাধনে ব্রতী হইবে তাহাতে আর সন্দেহ কি? অপর দিকে স্ক্যালট কিডার ডিফথেরিয়া প্রভৃতি তরুণ সংক্রামক ব্যাধির আক্রমণের

ফলে কিডনী হঠাৎ তরুণ ভাবে প্রদাহগ্রস্ত হইয়া উঠিবে, ইহাও সম্পূর্ণ স্বাভাবিক। কিন্তু ইরিসিপেলাস, কালাজর, কলেরা এবং ডিফথেরিয়ার অতি প্রচণ্ড আক্রমণে কিডনীর যে, তরুণ ধ্বংশোন্মুখী প্রদাহের উৎপত্তি হইবে না, ইহা বলা যায় না। আবার গর্ভকালীন বিষাক্তাবস্থার নিমিত্ত উৎপন্ন ধ্বংশোন্মুখী প্রদাহ বা নেফ্রোসিস অতি মৃদু হইলেও যে, উক্ত প্রদাহ সাধারণ নেফ্রাইটিসের মত হইবে না; তাহাও বলা যায় না। আসেনিক স্বল্প মাত্রায় বিষকণে সেবনের ফলে যদি মূত্র বিষলক্ষণ প্রকাশ পায়, তবে সেই বিষক্রিয়ার নিমিত্ত কিডনীর মৃদু প্রদাহ “নেফ্রোসিস” না হইয়া, “নেফ্রাইটিস” হইতে পারে। এতদ্ব্যতীত “নেফ্রোসিস” এবং “নেফ্রাইটিস” ইহাদের পার্থক্য কতদূর চেনা যাইতে পারে; তাহাও বিবেচ্য বিষয়। সুতরাং এই শ্রেণী-বিভাগও যে দৃঢ় এবং অভ্রান্ত হইবে, এরূপ বলা যায় না; তবে ইহা আধুনিক এবং চলতি বলিয়া আমাদের কাছে বেশ নূতনত্বপূর্ণ বলিয়া মনে হয়। সেই জন্ত এবং কতকটা সহজবোধ্য ও স্বাভাবিক বলিয়া এস্থলে এই শ্রেণীবিভাগই উল্লিখিত হইল এবং আমরা বর্তমানের জন্ত ইহা মানিয়া লইলাম। এই শ্রেণী বিভাগকেও আবার পুনর্বিভাগ করিয়া জটিলতর ও দুর্কৌশল্য করা হইয়াছে; কিন্তু আমরা উহার মধ্যে প্রবেশ করিব না।

বয়স (age) :—তরুণ সংক্রামক ব্যাধি সাধারণতঃ অল্প বয়স্কদিগের মধ্যেই দেখা যায়; তরুণ নেফ্রাইটিসের প্রাদুর্ভাবও এই বয়সেই অধিক হয়। পুরাতন ব্যাধি সমূহের ফলে নেফ্রোসিস উৎপন্ন হয় বলিয়া, ইহা অপেক্ষাকৃত অধিক বয়সে দেখা দেয়।

কারণতত্ত্ব (Aetiology) :—

(ক) কিডনীর সাধারণ তরুণ প্রদাহ বা একিউট নেফ্রাইটিস (Acute nephritis) :—
নিম্নলিখিত কারণ সমূহের মধ্যে যে কোন কারণে

ষ্ট্রেপ্টোকক্কাস জীবানু,র সংক্রমণজনিত
মূত্রগ্রন্থির তরুণ প্রদাহ (Acute nephritis একিউট নেফ্রাইটিস)



দ্রষ্টব্য :- আগামী ১৩৩৮ সালের ১ম সংখ্যায় (১৪শ বর্ষ—দৈনিক) এই প্রবন্ধের অবশিষ্টাংশ
প্রকাশিত এবং উপরিউক্ত রোগীর বিবরণ প্রদত্ত হইবে।

কিডনীর তরুণ প্রদাহের উৎপত্তি হইতে পারে।
যথা—

- (ক) স্কারলেট ফিভার (Scarlet-fever) *
- (খ) ডিপথেরিয়া (Diphtheria) ;
- (গ) তরুণ টনসিলাইটিস (Acute tonsillitis) ;
- (ঘ) তরুণ বাতজ্বর (Acute rheumatic fever) ;
- (ঙ) নিউমোনিয়া (Pneumonia) ;
- (চ) হুপিং কফ (Whooping cough) ;
- (ছ) টাইফয়েড ফিভার (Typhoid fever) ;
- (জ) বসন্ত (Small pox) ;
- (ঝ) ম্যালেরিয়া (Malaria) ;
- (ঞ) কালাজ্বর (Kala-Azar) ;
- (ট) কলেরা (Cholera) ;
- (ঠ) প্রসবান্তিক বিষাক্ততা (Puerperal septicaemia) ;
- (ড) বেরিবেরি (Beri-beri) ;
- (ঢ) এপিডেমিক ড্রপ্সি (Epidemic dropsy—সংক্রামক শোথ) ;
- (ণ) ইরিসিপেলাস (Erysipelas) ;
- (ত) রসস্ফুট ইরিদিমা (Exudative erythema) ;
- (থ) পারপুউরা (Perpura) ;
- (দ) পাকস্থলীর তরুণ প্রদাহ (Acute gastritis) ;
- (ধ) অগ্ন ও কোলনের তরুণ প্রদাহ (Acute enterocolitis) ;
- (ন) পূজ্জ্বত চর্মরোগ (Suppurative skin diseases) ;
- (প) দহন বা দগ্ধ (Burns) ;

(২) কিডনার ধ্বংসোন্মুখ তরুণ প্রদাহ বা
একিউট নেফ্রোসিস (Degenerative nephritis
or Nephrosis) :—ইহা নিম্নলিখিত কারণের মধ্যে
যে কোন কারণে উৎপন্ন হইতে পারে। যথা—

- (ক) বিষাক্ত দ্রব্য সেবন,
- (খ) অযথা বিবিধ ঔষধ সেবন অথবা ব্যবহারে, যথা—
 - (i) পারদ (Mercury) ;
 - (ii) আর্সেনিক (Arsenic) ;
 - (iii) ফস্ফরাস (Phosphorus) ;
 - (iv) পটাশ ক্লোরেট (Potass chlorate) ;
 - (v) টার্পেন্টাইন (Turpentine) ;
 - (vi) কার্বলিক এসিড (Carbolic acid) ;
 - (vii) স্যালিসিলিক এসিড (Salicylic acid) ;
 - (viii) নিওম্যালভারসন শ্রেণীর অর্থাৎ
আর্সেনোবেঞ্জোল কম্পাউণ্ড সমূহ
(Arsenobenzol Compounds) ;
- (গ) এক্স্যাম্পসিয়া (Eclampsia) ;
- (ঘ) গর্ভকালীন বিষাক্ততা (Toxaemia due to pregnancy) ;
- (ঙ) উপদংশ (সিফিলিস—Syphilis) ;
- (চ) টিউবার্কিউলোসিস (Tuberculosis) ;
- (ছ) ম্যালিগ্ন্যান্ট ডিজিজ (Malignant diseases—সাংঘাতিক পীড়া সমূহ)
- (জ) সেপ্টিক ফোকাস (Septic focus অর্থাৎ
পুঞ্জোৎপাদক জীবাণুর কেন্দ্র বা আড্ডা)।

কিডনার তরুণ প্রদাহকে “একিউট নেফ্রাইটিস” ও
“একিউট নেফ্রোসিস”, এই দুই ভাগে বিভক্ত করা
কেন হইয়াছে এবং কোন্ কোন্ ব্যাধি হইতে ইহাদের
উৎপত্তি হইতে পারে, তাহা বর্ণিত হইল। একিউট
নেফ্রোসিস অপেক্ষা, একিউট নেফ্রাইটিস প্রায় দশগুণ
সমধিক পরিমাণে প্রাদুর্ভূত হইয়া থাকে। ইতিপূর্বেই
এই শ্রেণী-বিভাগের বিপক্ষে কিছু উল্লেখ করা হইয়াছে।

* স্কারলেট ফিভার সাধারণতঃ আশাদের দেশে হয় না। তবে
এদেশের বাসিন্দা ইউরোপীয়ান ও রাংলো ইণ্ডিয়ানদিগের মধ্যে বৎসরে
ছুই চাবটা রোগী দেখিতে পাওয়া যায়। তরুণ নেফ্রাইটিস এই ব্যাধির
বিত্য সঘর এবং অঙ্গ বিশেষ বলেণ্ডে প্রকৃতি হয় না।

কিডনীর তরুণ প্রদাহের লক্ষণাবলী, নির্ধাচনিক রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসা-প্রণালী বর্ণনা উপলক্ষে এই শ্রেণী-বিভাগের আর কোনও আবশ্যক হইবে না।

জীবাণু-তত্ত্ব (Bacteriology) :— তরুণ নেফ্রাইটিস বিশিষ্ট প্রকার রোগ-জীবাণু (bacteria) দ্বারা উদ্ভিক্ত (excited) হয়। অজ্ঞাত জীবাণু অপেক্ষা কোন কোন প্রকারের জীবাণু “স্ট্রেপ্টোকক্কাই” কিডনীর তরুণ প্রদাহের সূত্রপাত করিতে বিশেষ সহায়তা করে। টনসিলাইটিস, ইরিসিপেলাস, রিউম্যাটিক ফিভার (বাতজ্বর), পিউরেব্রেনাল সেপ্টিসিমিয়া (গর্ভকালীন বিষাক্ততা) প্রভৃতি পীড়াও স্ট্রেপ্টোকক্কাইয়ের দ্বারা উৎপন্ন হয়; সুতরাং এই সমস্ত ব্যাধির সঙ্গে যে, একিউট নেফ্রাইটিস দেখা দিবে, তাহাতে আর আশ্চর্য্যের বিষয় কি? আবার টনসিলাইটিস এবং রিউম্যাটিক ফিভার বংশানুক্রমে সঞ্চারিত হইতে থাকে; সেইজন্য এই সমস্ত রোগগ্রস্ত ব্যক্তিদের বংশে কিডনীর প্রদাহ সংঘটিত হইবার খুব সম্ভাবনা থাকে।

আক্রমণের পূর্ব ইতিহাস (Previous history of onset) :— কিডনীর তরুণ প্রদাহে রোগীর নিকট হইতে উহার উৎপত্তির কারণ অনুসন্ধান করা কর্তব্য। এতদর্থে রোগীর স্মৃতি কোন তরুণ সংক্রামক ব্যাধি হইয়াছিল কি না এবং রোগী বর্তমানে এই রোগের কোন ব্যাধিতে ভুগিতেছে কি না, তাহাও দেখিতে হইবে। সিফিলিস, টিউবারকিউলোসিস, মারাত্মক অর্কুদ প্রভৃতি দীর্ঘস্থায়ী কোন ব্যাধিতে রোগী আক্রান্ত কি না, তাহাও লক্ষ্য এবং রোগীর দেহের পূঞ্জের কোন কেন্দ্র আছে কি না; তাহাও অনুসন্ধান করিতে হইবে।

লক্ষণাবলী (Symptoms)

(ক) সূত্রপাত (Symptoms in early stage) :— সাধারণতঃ কিডনীর তরুণ প্রদাহের হঠাৎ সূত্রপাত হইয়া থাকে। কোন তরুণ সংক্রামক রোগের ফলে উৎপন্ন নেফ্রাইটিস, এই তরুণ সংক্রামক পীড়া আরম্ভের

দুই তিন সপ্তাহের মধ্যেই দেখা দেয়। তবে সিফিলিস, টিউবারকিউলোসিস ইত্যাদি হইতে উৎপন্ন কিডনীর তরুণ প্রদাহ অপেক্ষাকৃত ধীরে ধীরে দেখা দেয়। প্রদাহের সূত্রপাতে পৃষ্ঠদেশে বেদনা, মুখমণ্ডলে রস-সঞ্চার, শৈতা, জ্বর এবং মূত্রের পরিমাণ হ্রাস হইয়া থাকে।

(খ) রস-সঞ্চার বা শোথ (oedema) :— ইহা কিডনীর তরুণ প্রদাহের অত্যন্ত লক্ষণ। রোগীর চক্ষে, মুখে, হস্তে, পদে এবং অজ্ঞাত রস সঞ্চারিত হইতে দেখিলে, রোগীর নেফ্রাইটিস হইয়াছে, এই কথা স্মরণ পথে উদ্ভিত হয়। রোগের প্রারম্ভেই রস-সঞ্চার দেখা দেয়; কখন কখনও একদিনের মধ্যে উদরী পর্য্যন্ত উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। তরুণ নেফ্রাইটিসে শোথের মাত্রা সর্বত্র সমান হয় না; কোন কোন স্থলে আবার শোথ একেবারে দেখাই যায় না; আবার কোথাও বা চক্ষের পাতায়, মুখের চর্মে, দেহের চর্মে এবং হস্তপদদ্বয়ের চর্মে রস সঞ্চার হইতে দেখা যায়। এই সকল স্থানে রস সঞ্চারিত হয়ই, উপরন্তু ঐ সঙ্গে উদরে (উদরী) ও বক্ষগহ্বরে রস-সঞ্চার (Hydro thorax) এবং হৃদাবরক ঝিল্লিতে (পেরিকার্ডাইটিস— Pericarditis) এমন কি, লারিংসে রস সঞ্চার হইতে দেখা যায়। কেহ কেহ শোথের এই মাত্রাভেদ অনুযায়ী কিডনীর তরুণ প্রদাহের শ্রেণীবিভাগকে পুনর্বিভক্ত করিতে প্রয়াস পাইয়া থাকেন। আমরা সেরূপ জটিলতার মধ্যে প্রবেশ করিব না। যেখানে কিডনীর তরুণ প্রদাহের সম্ভাবনার কথা মনে হইবে, সেখানে রোগীর দেহের কোন স্থানে—বিশেষতঃ, বক্ষ এবং উদরগহ্বরে শোথের উৎপত্তি হইয়াছে কি না, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখা আবশ্যক। কিন্তু শোথ প্রকাশ পাইলে তবেই উহা দেখিয়া কিডনীর তরুণ প্রদাহ হইয়াছে; এই সিদ্ধান্তে উপনীত হওয়া সূচিকিৎসকের কর্তব্য নহে।

(গ) মূত্র (Urine) :— তরুণ নেফ্রাইটিসে রোগীর মূত্রের বিশিষ্ট পরিবর্তন পরিগণিত হয় এবং রোগীর মূত্রের এই পরিবর্তন সমূহের উপর নির্ভর করিয়া একিউট

নেফ্রাইটিসের বিত্তমানতা কতকটা নির্ণয় করা যায়। সাধারণতঃ মূত্রগ্রন্থির তরুণ প্রদাহে (একিউট নেফ্রাইটিস) মূত্রের নিম্নলিখিতরূপ পরিবর্তন হইতে দেখা যায়। যথা -

(i) মূত্রানুৎপত্তি :—রোগের প্রারম্ভে রোগীর মূত্রানুৎপত্তি (Suppression of urine) ঘটতে পারে।

(ii) মূত্রের পরিমাণ :—সাধারণতঃ মূত্রের পরিমাণ কমিয়া যায়—এমন কি, ২৪ ঘণ্টার মধ্যে ৪ কিষা ৫ অ উল্ল মূত্রত্যাগ হইতে দেখা যায়। কখন কখনও রোগের শেষকালের দিকে মূত্রের পরিমাণ বৃদ্ধি হইতে পারে।

(iii) মূত্রের প্রতিক্রিয়া :—মূত্র এসিড বা অল্পগুণ বিশিষ্ট অথবা স্নাক্সলাইন বা ক্ষারগুণ বিশিষ্ট হইতে দেখা যায়।

(iv) মূত্রের আপেক্ষিক গুরুত্ব :—মূত্রের আপেক্ষিক গুরুত্ব বৃদ্ধি পাইয়া উহা ১.০২৫ বা ততোধিক হইতে পারে। সময়ান্তরে আবার ইহা স্বাভাবিক থাকিয়া যায়, কিম্বা তদপেক্ষা কমও হইয়া থাকে।

(v) মূত্রের বর্ণ :—মূত্রের বর্ণ প্রগাঢ় হলুদ বর্ণ হইতে ধূসরবর্ণ কিম্বা লোহিতাভ পর্য্যন্ত হইতে পারে; কিন্তু স্পষ্ট লাল হয় না।

(vi) মূত্রে তলানি :—মূত্র রাখিয়া দিলে নিম্নে অনেকটা শুড়ার ছায় পদার্থের তলানি (Sediment) পড়ে। ইহা অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে মূত্রপথের এপিথিলিয়াম, (epithelium of urinary passages), হাইয়ালিন, ইপিথিলিয়াল ও ব্লাড কাস্ট (hyaline, epithelial and blood casts) এবং রক্তকণিকা (red cells), দেখা যায়। তরুণ নেফ্রাইটিসে ব্লাড কাস্ট দেখিতে পাওয়া যায়ই; তবে রক্তকণিকা অনেক স্থলে দেখা যায় না। রোগীর মূত্র লইয়া রাসায়নিক পরীক্ষা করিলে উহাতে প্রচুর পরিমাণে স্যালিউমিন দেখা যায়। ইহা আবার ঘন ছানার ছায় (curdy) তলানিরূপে মূত্রের নীচের দিকে জমিয়া থাকে। তরুণ নেফ্রাইটিস পীড়ার

মূত্রে স্যালিউমিন ও বিভিন্ন প্রকারের কাস্ট প্রচুর পরিমাণে বিত্তমান থাকাই স্বাভাবিক; তবে সময়ান্তরে ইহাদের মাত্রার কম বেশী হইয়া থাকে। সিকিউমের নিমিত্ত উৎপন্ন তরুণ নেফ্রাইটিসে মূত্রে সার্কোপেক্সা অধিক পরিমাণে স্যালিউমিন দেখিতে পাওয়া যায়।

কিডনীর কার্যকুশলতা নির্ণয় করিবার নিমিত্ত যে সমস্ত পক্ষা উদ্ভাবিত হইয়াছে (function test), তদসমুদয় পরীক্ষা, কিডনীর তরুণ প্রদাহে প্রয়োগ করিয়া বিশেষ কিছু লাভ নাই; এই পরীক্ষাগুলি কিডনীর পুরাতন প্রদাহে, উহার কার্যাকরী শক্তি নির্ণয়ার্থ বিশেষ মূল্যবান।

(vii) সাধারণ দুর্বলতা (General debility) :—কিডনীর তরুণ প্রদাহে রোগী ক্লান্ত ও অবসাদ অনুভব করে। অভ্যস্ত কর্ম করিতে অক্ষমতা—এমন কি, চলাফেরা ও উঠাবসা করিতেও রোগীর কষ্ট বোধ হয়।

(viii) জ্বর (Fever) :—কিডনীর তরুণ প্রদাহের সহিত জ্বর হইতে দেখা যায়, ইহা খুবই সাধারণ ব্যাপার। কখন কখনও দেহের তাপ অনেকটা বৃদ্ধি পায় এবং অনিয়মিত ভাবে এক বা দুই সপ্তাহ কাল বিত্তমান থাকে। সিকিউস, টিউবারকিউলোসিস প্রভৃতি কারণে উৎপন্ন কিডনীর তরুণ প্রদাহে অধিক জ্বর দেখা যায় না।

(ix) শৈত্য (Cold) :—কিডনীর তরুণ প্রদাহের প্রারম্ভে শৈত্যানুভব করা স্বাভাবিক ব্যাপার। ছোট ছোট ছেলে মেয়েদের এই সময়ে সার্কাস্টিক আক্কেপ (Convulsion) দেখা দিতে পারে। বয়স্কদিগের রোগের প্রারম্ভে আক্কেপ দেখা যায় না; কিন্তু রোগের শেষকালের দিকে উহা দেখা বাইতে পারে। পুরাতন দীর্ঘস্থায়ী ব্যাধি হইতে উৎপন্ন তরুণ নেফ্রাইটিসের প্রারম্ভে শৈত্যানুভব হইতে দেখা যায় না।

(x) চেহারার ফ্যাকাশে ভাব (Pale) :—এই লক্ষণ দ্বারা অনেক সময়ে কিডনীর প্রদাহের প্রতি দৃষ্টি আকর্ষণ হয়। কিডনীর প্রদাহে রোগীর চেহারা

ফ্যাকাশে হয়, কিন্তু কেন যে এরূপ হয়; তাহা এখনও বোঝা যায় নাই। তবে চেহারা যতটা ফ্যাকাশে হয়, রক্তের পরিবর্তন সেই অনুপাতে দেখা যায় না।

(জ) চর্ম্ম (Skin) :—এই ব্যাধিতে চর্ম্ম শুষ্ক এবং উহা হইতে ঘর্ম্ম নিঃসরণ রোধ হয়। ঘর্ম্মনিঃসরণ করাও সহজসাধ্য হয় না।

(বা) পাকস্থলী ও আন্ত্রিক লক্ষণ সমূহ (Gastro-intestinal Symptoms) :—কিডনীর তরুণ প্রদাহে ক্ষুধামান্দ্য, বমনেচ্ছা এবং স্থলবিশেষে পুনঃ পুনঃ বমন দেখিতে পাওয়া যায়। অনেক সময়ে সূচিকিৎসা সত্ত্বেও এই গুলি সহজে দমিত হয় না।

(ঞ) দেহের ওজন হ্রাস (Loss of weight) :—এই ব্যাধিতে দেহের ওজন দ্রুত হ্রাস হইয়া থাকে। কিন্তু যেখানে দেহে রসের সঞ্চয় হয়, সেখানে ওজন বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়। কিন্তু এই ওজন বৃদ্ধি স্থলক্ষণ নহে; এক্ষেত্রেও রোগীর দেহের ওজনের প্রকৃত হ্রাসই হইয়া থাকে; কিন্তু দেহে শোষণের উৎপত্তির নিমিত্ত ওজন বৃদ্ধি পরিলক্ষিত হয়।

(ট) নাড়ী (Pulse) :—কিডনীর তরুণ প্রদাহে নাড়ী দ্রুতগতিসম্পন্ন হইয়া থাকে।

(ঠ) রক্তের চাপ (Blood pressure) :—কিডনীর তরুণ প্রদাহে রক্তের চাপ বৃদ্ধি পাইয়া থাকে; এজন্ত রোগী পরীক্ষা-কালে তাহার রক্তসঞ্চাপের বর্দ্ধিতাবস্থা দেখিতে পাওয়া যাইবে, এইরূপ আশা করা যায়। কিন্তু সর্বত্র ইহা ঘটে না। সিফিলিস, টিউবার-কিউলোসিস প্রভৃতি পুরাতন ব্যাধিজাত কিডনীর তরুণ প্রদাহে রক্তের চাপের আধিক্য পরিলক্ষিত হয় না। পুরাতন নেফ্রাইটিসে রক্তের চাপের বেরূপ অসাধারণ বৃদ্ধি দেখা যায়, তরুণ নেফ্রাইটিসে তরুণ বৃদ্ধি দেখা যায় না।

(ড) হৃৎপিণ্ড (Heart) :—পুরাতন ব্যাধিজাত কিডনীর তরুণ প্রদাহে হৃৎপিণ্ডের অধিক পরিবর্তন

পরিলক্ষিত হয় না; কিন্তু সংক্রামক ব্যাধিজাত কিডনীর তরুণ প্রদাহে হৃৎপিণ্ডের আকার বর্দ্ধিত হইতে দেখা যায় এবং ঘর্ম্মর ধ্বনি শ্রুত হয়। এই সঙ্গে রক্ত সঞ্চাপের বৃদ্ধি ঘটিলে হৃৎপিণ্ডের দ্বিতীয় ধ্বনি য়াওরটাক রিজিয়নে (aortic region) সজোরে উচ্চারিত হইয়া থাকে। কখনও কখনও হৃৎপিণ্ড সম্প্রসারিত হইয়া (dilatation of heart) হঠাৎ মৃত্যু ঘটতে পারে। হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়াহানী হইতে থাকিলে শ্বাসকষ্ট উপস্থিত হয়।

(ঢ) ইউরিমিয়া (Uræmia) :—তরুণ নেফ্রাইটিসের প্রারম্ভে ইউরিমিয়ার লক্ষণ দৈবাৎ দেখা যায়। ইহা সাধারণতঃ রোগের শেষ ভাগেই পরিলক্ষিত হইয়া থাকে। কিডনীর ক্রিয়া হানী ঘটিলে অথবা কিডনী নিজস্ব প্রায় হইলে দেহে যে সমস্ত লক্ষণাবলী প্রকাশ পায়, আমরা সেই গুলিকে, সমষ্টিভাবে ইউরিমিয়া বলিয়া অভিহিত করি। ইউরিমিয়ার লক্ষণাবলী সর্বত্র এক প্রকার হয় না। কোথাও ইহা হঠাৎ আবির্ভূত হয় এবং রোগী সার্বাস্থিক আক্ষেপে আক্রান্ত হইয়া সংজ্ঞালুপ্ত হইয়া পড়ে। কোথাও ইহা ধীরে ধীরে দেখা দেয় এবং রোগী ক্রমশঃ দুর্বল, অবসন্ন ও অবসাদগ্রস্ত হইয়া সংজ্ঞাশূন্য হইয়া পড়ে। আবার কখনও বা রোগী উত্তেজনা, অস্থিরতা, অনিদ্রা এবং প্রলাপ দ্বারা অবসন্ন হইয়া, পরে জ্ঞানহারী হয়। এই গুলির সঙ্গে সঙ্গে মস্তকে যন্ত্রণা, ক্ষুধামান্দ্য, বমনেচ্ছা, হিকা, দ্রুতশ্বাস, দৃষ্টি ও শ্রবণ শক্তির ব্যাঘাত প্রভৃতি লক্ষণ পরিদৃষ্ট হইয়া থাকে।

তরুণ নেফ্রাইটিসে যদি ইউরিমিয়া উপস্থিত হয়, তবে এরূপ ইউরিমিয়াতে চক্ষুতে য়ালবিউমিনিউরিক রেটিনাইটিস (albuminuric retinitis) প্রভৃতি লক্ষণ পরিদৃষ্ট হয় না।

রোগের গতি :—এতক্ষণ পর্য্যন্ত তরুণ নেফ্রাইটিসের বিশিষ্ট লক্ষণাবলী বর্ণিত হইল। রোগের উৎপত্তির কারণ, উহার সাংঘাতিকতা ও অত্যন্ত কারণ অনুসারে ঐ সকল লক্ষণের তারতম্য কিবা ঐ লক্ষণসমূহ

বা উহাদের কতক বিজ্ঞমান থাকিতে পারে এবং নাও থাকিতে পারে; আবার ঐ সকল লক্ষণ সামান্য আকারে অথবা ভীষণাকারে দেখা দিতে কিংবা শীঘ্র অদৃশ্য হইতে অথবা দীর্ঘস্থায়ী হইতে পারে।

উপরোক্ত কারণে রোগের আক্রমণ মৃদু এবং স্বল্পস্থায়ী অথবা প্রচণ্ড এবং দীর্ঘস্থায়ী হইতে পারে। হই সপ্তাহ হইতে দুই মাসে সাধারণতঃ কিডনীর তরুণ প্রদাহ আরোগ্য হইতে দেখা যায়। অনেক স্থলে রোগের সঙ্গে অনিয়মিত জ্বর দুই সপ্তাহকাল থাকিতে পারে। রোগের বৃদ্ধির কালে মূত্রের পরিমাণ কম থাকে; কিন্তু রোগের হিতপরিবর্তন ঘটিলে মূত্রের পরিমাণ বৃদ্ধি পায় এবং শোণ অদৃশ্য হইতে থাকে।

পল্লিভি (Sequelae) :—কিডনীর তরুণ প্রদাহ অনেক স্থলে সম্পূর্ণরূপে সারিয়া গেলেও সর্বত্র এইরূপ সম্পূর্ণ নিরাময় ঘটে না। এই জন্মি এই প্রবন্ধের প্রারম্ভে এই ব্যাধির পরিণাম ফল সর্বত্র শুভ নহে, ইহা উল্লেখ করা হইয়াছে। তরুণ প্রদাহ অনেক স্থলে পুরাতন প্রদাহে পরিণত হইয়া থাকে।

উপসর্গাদি (Complications) :—তরুণ নেফ্রাইটিসে নিম্নলিখিত উপসর্গ দেখা দিতে পারে—

(১) ইউরিমিয়া (Uraemia)।

(২) দেহের বিবিধ আভ্যন্তরিক যন্ত্রে রস-সঞ্চার :—শোথের বিস্তৃতি ঘটিলে দেহের অভ্যন্তরস্থ কতকগুলি যন্ত্রে রসের সঞ্চার হইতে পারে; যথা—ফুসফুসে রস-সঞ্চার (œdema of lungs), মস্তিষ্কে রস-সঞ্চার (œdema of brain), যকৃতে রস-সঞ্চার (œdema of liver), কিডনীতে রস-সঞ্চার (œdema of kidneys) এবং ল্যারিংসে রস-সঞ্চার (œdema of larynx)। এইগুলির মধ্যে শেষোক্তটিই সাংঘাতিক এবং ইহার স্পষ্টত্বকার করিতে না পারিলে রোগীর মৃত্যুমুখে পতিত হইবার সম্ভাবনা।

(৩) বিবিধ রস-বিম্লগ্নস্বরে রস সঞ্চার :—তরুণ নেফ্রাইটিসে শোথের বিস্তৃতি ঘটিলে বক্ষঃগহ্বরে, উদরগহ্বরে এবং হৃদপিণ্ডাবরক বিম্লগ্নে প্রচুর পরিমাণে জল সঞ্চার হইতে পারে।

নির্ব্বাচনিক রোগ নির্ণয় (Differential diagnosis) :—অত্যন্ত ব্যাপি অপেক্ষা কিডনীর পুরাতন প্রদাহ হইতে তরুণ প্রদাহকে পৃথক করিয়া চিনিয়া লওয়া আবশ্যক। কিডনীর পুরাতন প্রদাহ সময়ান্তরে হঠাৎ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হইয়া তরুণ প্রদাহের অনুরূপ হইতে পারে। ইহা হইতেও কিডনীর প্রকৃত তরুণ প্রদাহকে বাছিয়া লওয়া আবশ্যক। এইদর্শে রোগী পরীক্ষাকালে রোগের ইতিহাস, হৃদপিণ্ড ও রক্তপ্রণালী (ব্লাড ভেসেল) সমূহের অবস্থা, রক্তের চাপ ও চকুর অভ্যন্তরভাগ বিশেষভাবে পর্যালোচনা করা আবশ্যক। কিডনীর পুরাতন প্রদাহে এইগুলির বিশিষ্ট পরিবর্তন ঘটয়া থাকে।

এই সঙ্গে আরও দুইটি বিশেষ আবশ্যকীয় কথা সর্বদা স্মরণ রাখা কঠব্য। প্রথমতঃ—কিডনীর প্রদাহ অতি প্রচণ্ড হইলে বা উক্ত প্রদাহ কিডনীর সর্বাংশে পরিব্যাপ্ত হইলেও, রোগীর পায়ের পাতায় এবং চোখের পাতায় অতি সামান্য মাত্রায় রস সঞ্চার হইতে পারে এবং ইহার ফলে বাহ্যতঃ রোগীর স্বাস্থ্য কিছুমাত্র ক্ষুণ্ণ না হইতেও পারে।

দ্বিতীয়তঃ—মূত্র পরীক্ষা দ্বারা মূত্রে য়্যালবিউমিন এবং ক্যাস্টে দেখিতে পাইলেই যে, রোগী তরুণ নেফ্রাইটিসে আক্রান্ত হইয়াছে; এরূপ সিদ্ধান্তে উপনীত হওয়া উচিত নহে। কারণ, কেবলমাত্র সাধারণ জরের ফলেও মূত্রে য়্যালবিউমিন ও ক্যাস্টে দেখা যাইতে পারে। মূত্রের মাত্রার অপ্রাচুর্য্য, উহাতে য়্যালবিউমিন ও ক্যাস্টের বিজ্ঞমানতা এবং দেহে শোথের আবির্ভাব, অতঃ এই কয়েকটি ঘটনা একত্রে দেখিতে পাইলে এবং সেই সঙ্গে পূর্ব্ববর্ণিত লক্ষণাবলীর কিছু কিছু বর্তমান থাকিলে তরুণ নেফ্রাইটিস, নির্ণয় (ডায়াগনসিস) করা চলে। কখন কখনও তরুণ নেফ্রাইটিসে

শোথ থাকে সবেও, মূত্রে গ্যালবিউমিন থাকে না কিষা অতি সামান্য মাত্রায় থাকিতে পারে; তবে ইহা খুব বিরল ঘটনা। কিন্তু একরূপ স্থলে গ্যালবিউমিনের অবিজ্ঞমানতা কেবল স্বল্পস্থায়ী মাত্র হয়; আর অনুসন্ধান করিলে মূত্রে কাস্টও দেখিতে পাওয়া যায়; এক্ষেত্রেও মূত্রের পরিমাণ কম হইয়া থাকে।

ভাবীফল (Prognosis) ৪—কিডনীর তরুণ প্রদাহের পরিণাম ফল সর্বত্র শুভ নহে। অল্পবয়স্ক বালকবালিকারা এই ব্যাধিতে আক্রান্ত হইলে উহাদিগের প্রায় এক-তৃতীয়াংশ (একের তিনভাগ, মৃত্যুমুখে পতিত হয়। ইউরিমিয়া, বক্ষ ও উদর গহবরে এবং হৃদপিণ্ডাবরক ঝিল্লীতে জলসঞ্চার ও কুসংস্কে শোথ প্রভৃতি উপসর্গ সাংঘাতিক বলিয়া গণ্য করা উচিত। রক্তের চাপ অত্যধিক পরিমাণে কম হওয়াও কুলক্ষণ।

কিডনীর তরুণ প্রদাহের মূহ আক্রমণে সাধারণতঃ দুই সপ্তাহের মধ্যে শোথ ও মূত্র হইতে গ্যালবিউমিন ক্রমশঃ কমিতে থাকে এবং একমাসের মধ্যে এইগুলি অদৃশ্য হয়। মূত্রের পরিমাণ হঠাৎ বৃদ্ধি পাইলে উহা স্থলক্ষণ বলিয়া গণ্য এবং উহা দেখিয়া রোগের হিতপরিবর্তন সাধিত হইয়াছে বলিয়া মনে করা হয়। কোন কোন স্থলে শোথ দ্রুত অদৃশ্য হওয়া সবেও, মূত্রে গ্যালবিউমিন থাকিয়া যায় এবং দেহের রক্তস্রাবতাও চলিতে থাকে। ইহার ফলে রোগটী দীর্ঘস্থায়ী ও পুরাতন হইয়া পড়ে; কিষা শোথ কয়েকবার পুনঃ পুনঃ আবির্ভূত ও অদৃশ্য হইয়া পরিশেষে রোগটী সারিয়া যায়।

(ক্রমশঃ)

লিউকিমিয়া—Leukemia.

লেখক—সার্জেন এম. এ. এন, চার্টার্ড B. Sc. M. D., D.P.H.

Late of his Majesty's Royal Naval H. T.

and Mercantile marine service—China Japan, New York, Durban etc.



লিউকিমিয়া পীড়ার অপর নাম—“শ্বেতরক্ত” বা “হোয়াইট ব্লাড” (white blood)।

লিউকিমিয়া—ইহা রক্তের এক প্রকার বিশিষ্ট অবস্থায়ুক্ত পুরাতন পীড়া। ১৮৪৫ খৃঃ অব্দে ডাঃ হগ্‌স বেনেট (Dr. Hughes Bennett *) সর্বপ্রথম এই পীড়ার বিষয় বর্ণনা করেন। ইহার পর Dr. Virchow † নামক জনৈক নিদানতত্ত্ববিদ এতদসম্বন্ধে অনেক নূতন তথ্য আবিষ্কার করিয়া ইহাকে “লিউকিমিয়া” নামে অভিহিত

করেন। ইহার পূর্বে ইহাকে “লিউকোসাইথিমিয়া” (Leukocythemia) বলা হইত।

পূর্বে এই পীড়ার প্রতি চিকিৎসকগণের বিশেষ দৃষ্টি নিপতিত হয় নাই। বর্তমানে পাশ্চাত্য প্রদেশে ইহার বিশেষ প্রাচুর্য লক্ষিত হইতেছে। আমাদের দেশেও ইহা বিরল নহে—বরং ইহার বিস্তৃতি বাহুল্যই দেখা যায়। অনেক স্থলে এই পীড়া অল্প পীড়া ভ্রমে চিকিৎসিত হইয়া থাকে এবং তাহার ফলে অধিকাংশ রোগীই মারা যায়।

* Dr. J. H. Bennett—Edin. Med. and Surg Jour. 1845. P. 431.

† Dr. R. Virchow. Froreip's Notizien. 1845 No. 780 and Med Ztschr. 1846. Arch IV 1853, v. 43.

অধুনা চিকিৎসা-বিজ্ঞানের উৎকর্ষ সাধনের সঙ্গে সঙ্গে এই পীড়া সম্বন্ধে অনেক অভিনব তত্ত্ব উদ্ঘাটিত হইয়াছে। এই সকল বিষয়ে অভিজ্ঞতালাভ করিলে প্রায়ই রোগনির্ণয়ে ভুল হয় না এবং ভ্রান্ত চিকিৎসারও বশবর্তী হইতে হয় না।

প্রকার ভেদ (Clinical Varieties):—
বর্তমানে এই পীড়াকে দুই শ্রেণীতে বিভাগ করা হইয়াছে।
যথা—

(১) মায়েলয়েড লিউকিমিয়া (Myeloid Leukemia);

(২) লিম্ফাটিক লিউকিমিয়া (Lymphatic Leukemia);

যথাক্রমে এই দুই প্রকার পীড়ার বিষয় আলোচনা করা যাইতেছে। এই উভয় প্রকার লিউকিমিয়াই সাধারণতঃ পুরাতন আকারে প্রকাশ পায়।

(১) মায়েলয়েড লিউকিমিয়া

(Myeloid Leukemia)

এই শ্রেণীর পীড়া স্ত্রীলোক অপেক্ষা পুরুষদের মধ্যেই অধিক দেখা যায়। সাধারণতঃ ইহা পুরাতন আকারে প্রকাশ পায়।

ভ্রূণ মায়েলয়েড লিউকিমিয়া অপেক্ষাকৃত অল্প বয়স্কদের মধ্যেই সাধারণতঃ বেশী দেখিতে পাওয়া যায়। এই পীড়ার প্রকৃত কারণ এখনও নিশ্চিত ভাবে জানা যায় নাই। কিন্তু অনেকেরই ধারণা যে, রক্তমধ্যে কোনও বিশেষ প্রকৃতির রোগজীবাণু বিষ (toxin) সঞ্চিত হইয়া এবং পীড়িত রোগীর রোগ-বিষ সংক্রমিত হইয়া এই রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

লক্ষণতত্ত্ব (Symptomatology):—
এই রোগের প্রাথমিক লক্ষণ—ক্রমবর্দ্ধিত রক্তহীনতা,

হৃদলতা, অস্বচ্ছন্দতা, গ্লীহা ও লোসিকা গ্রন্থি সমূহের (Lymphatic glands) বিবৃদ্ধি। অধিকাংশ রোগীতেই রক্তস্রাবের স্পষ্ট ইতিহাস, দৈহিক ওজনের হ্রাস ও তৎসহ ফ্যাকাসে বর্ণ এবং জ্বর বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। পীড়ার প্রথমাবস্থায় লক্ষণসমূহ এতই অস্পষ্ট থাকে যে, রোগের আক্রমণ ঠিক বঝিতে পারা যায় না।

পীড়ার প্রথমাবস্থায় রোগী প্রায় ডান অঙ্গের—বিশেষতঃ, ডান পদের ক্ষীতির বিষয়, গ্লীহার বিবৃদ্ধি এবং রক্তহীনতার কথা বলে এবং প্রকৃতই রক্তাৱতার স্পষ্ট লক্ষণসমূহ দেখিতে পাওয়া যায়; এই রক্তাৱতার জ্ঞান রোগীর বর্ণ ফ্যাকাসে হয়। দৃষ্টেপন, শ্বাসকষ্ট, নানাস্থানে অপ্রকৃত-বেদনা, অনিয়মিত জ্বর এবং বিবিধ স্থান হইতে রক্তস্রাব; যথা—নাসিকা, কর্ণ, অঙ্গ এবং দাঁতের মাড়ী হইতে রক্তপাত হয়। দেহের বিবিধ স্থানের লোসিকা গ্রন্থির বিবর্দ্ধন জ্ঞান কষ্টকর লক্ষণাবলী এবং মস্তিষ্কস্থ স্নায়ুগুণীর পক্ষাঘাত, (মস্তিষ্ক মধ্যে রক্তস্রাব অথবা লোসিকা গ্রন্থির বিবর্দ্ধন হেতু চাপজনিত) ইত্যাদি বিবিধ লক্ষণ প্রকাশ পাইয়া থাকে। এই পীড়ার বৈধানিক ও যান্ত্রিক লক্ষণগুলি যথাক্রমে বলা যাইতেছে।

(ক) রক্তস্রাব (Hæmorrhage):—রোগীর দেহ রক্তস্রাবপ্রবণ হয় এবং শরীরের বিভিন্ন স্থান হইতে—কর্ণ, নাসিকা, অঙ্গ, দন্তমাড়ী হইতে রক্তস্রাব হয়। এতদ্বির কোন স্থান আহত বা বিচ্ছিন্ন হইলে সাধারণতঃ প্রচুর রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়। ত্বকের নিম্নেও অনেক সময় রক্তস্রাব হয়। প্রচুর রক্তস্রাব হইলে রোগীর অবস্থা সাংঘাতিক হয়।

(খ) ফুস্‌ফুস্‌ সংক্রান্ত লক্ষণ:—কাশি এই পীড়ার একটা সাধারণ লক্ষণ। পীড়া সম্পূর্ণরূপে অধিষ্ঠিত হইলে পুরাতন প্রকৃতির ব্রঙ্কাইটিস, ফুস্‌ফুসের রক্তাৱিকা, প্রুরিসি, নিউমোনিয়া বা ফুস্‌ফুসের শোণ উপস্থিত হয়।

(গ) হৃদপিণ্ড সংক্রান্ত লক্ষণ :—হৃদপিণ্ডের দুর্বলতা ও ক্রিয়াবিকার, হৃদপিণ্ডের স্পন্দনাধিক্য, উচ্চ স্থানে উঠিতে বুক ধড়্ ফড়্ করা, শ্বাসাবরোধ প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশ পায়।

(ঘ) পারপিউরা (Purpura) :—পীড়া দীর্ঘস্থায়ী হইলে বিবিধ স্থানের শ্লেষ্মিক ঝিল্লী ও সিরাস ঝিল্লী হইতে রক্তস্রাব হইতে পারে। পীড়ার পরিণত অবস্থায় অস্থাবরক ও সুস্ফুসাবরক ঝিল্লীর মধ্যে (Peritoneal and Pleural cavities) রক্তস্রাব হইতে পারে।

(ঙ) চক্ষু সংক্রান্ত লক্ষণ :—চক্ষুর দ্বারা প্রদাহ, রেটিনায় রক্তস্রাব, চোখের খেতক্ষেত্রে রক্তাভাব প্রভৃতি লক্ষণ প্রকাশ পায়।

(চ) কর্ণ সংক্রান্ত লক্ষণ :—অনেক স্থলে রোগীর শ্রবণশক্তি হ্রাস বা নষ্ট হইতে দেখা যায়। কর্ণমধ্যে রক্তস্রাবও বিরল নহে।

(ছ) মূত্রবস্ত্র সম্বন্ধীয় লক্ষণ :—প্রস্রাবে ইউরিক এসিডের আধিক্য ; মূত্রগ্রন্থিতে রক্তাধিক্য এবং মূত্রে এলুমিন, কখন কখন হায়েলিন (hyalin), গ্রানুলার কাস্ট (granular cast) নির্গত হয় প্রস্রাবের পরিমাণ হ্রাসপ্রাপ্ত হইতে দেখা যায়।

(জ) জ্বর :—শতকরা প্রায় ৭০ জন রোগীর জ্বর বর্তমান থাকিতে দেখা যায়। জ্বরীয় উত্তাপ ১০১—১০৩ ডিগ্রির মধ্যে ওঠা নামা করে। কখন কখন জ্বর বিরাগ আকারে প্রকাশ হইয়া থাকে।

(ঝ) স্নায়ুবিধান (Nervous system) :—যত্বেকই স্নায়ুমণ্ডলে রক্তস্রাব হইতে পারে এবং ইহার ফল স্বরূপেই সাংঘাতিক হয়।

(ঞ) পরিপাক যন্ত্র সম্বন্ধীয় লক্ষণ :—সাংঘাতিক রক্তহীনতায় (Pernicious anæmia)

রোগীর পরিপাক যন্ত্র সম্বন্ধীয় যেকোন বিবিধ গোলযোগ উপস্থিত হয়, এই রোগেও তদ্রূপ হইয়া থাকে। অধিকাংশ রোগীরই পীড়ার পরিণত অবস্থায় পরিপাক শক্তিহীনতা, উদরাগ্নান, উদরাময়, রক্তাশায় এবং রক্তভেদ হইতে পারে।

(ট) দীর্ঘ অস্থি (Long bones) :—অধিকাংশ রোগীরই শরীরের দীর্ঘ অস্থিতে বেদনা হইতে দেখা যায়।

(ঠ) প্লীহা (Spleen) :—প্লীহার বৃদ্ধি এই পীড়ার একটা সাধারণ ও বিশিষ্ট লক্ষণ। পীড়া স্পষ্টতঃ প্রকাশের পূর্বে হইতেই প্লীহা বড় হইতে থাকে। প্রথমাবস্থায় বিবৃদ্ধ প্লীহাতে বেদনা থাকে না, কিন্তু পীড়া বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে ইহাতে বেদনা ও সটানতা অনুভূত হয়। প্লীহার বর্দ্ধিতাবস্থা দৈনন্দিন বাড়িয়া চলে—ক্রমে ইহা ১২—১১শ পঞ্জরাস্থি পর্যন্ত বর্দ্ধিত হয়। প্লীহা অত্যন্ত শক্ত ও ইহার ওজন ১৫—১৮ পাউণ্ড (৭½—৯ সের) পর্যন্ত এবং ইহা বস্তি প্রদেশ (পেলভিস্) পর্যন্ত বিস্তৃত হইয়া উদর বিবর্দ্ধিত, বেদনায়ুক্ত ও অস্বচ্ছন্দতা উৎপাদন করিতে পারে।

(ড) যকৃৎ (Liver) :—যকৃৎ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হয়, তবে প্লীহার তায় তত বর্দ্ধিত হয় না।

(ঢ) শোথ (Ascites) :—পীড়ার পরিণত অবস্থায় অধিকাংশ রোগীর সার্কাস্টিক শোথ উপস্থিত হয়।

(গ) রক্তের পরিবর্তন :—রক্তের ঔপাদানিক পরিবর্তনই এই পীড়ার বিশেষ লক্ষণ। ইহাতে নিম্নলিখিতানুরূপ রক্তের ঔপাদানিক পরিবর্তন হইতে দেখা যায়। যথা—

(১) লাল রক্তকণিকা (Red blood cells) :—এই পীড়ায় রক্তের লাল কণিকার সংখ্যা বিশেষরূপে হ্রাস

হইয়া থাকে। ইহাদের সংখ্যা প্রতি কিউবিক মিলিমিটারে (C. M. M) ১—৩ মিলিয়ন পর্যন্ত হ্রাস হইতে দেখা যায়।

(ii) শ্বেত রক্তকণিকা (Leukocytes) :—রক্তে শ্বেতকণিকার পরিমাণ অত্যধিক বৃদ্ধিই এই পীড়ার একটি বিশিষ্ট লক্ষণ। পীড়ায় পরিণত অবস্থায় সাধারণতঃ শ্বেতকণিকার সংখ্যা প্রতি কিউবিক মিলিমিটারে ৪০০,০০০—৫ ০০,০০০ পর্যন্ত বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়। পলিমর্ফো-নিউক্লিয়ার (Polymorphonuclear) ও নিউট্রোফিলিক সেল (Neutrophilic cells) ২৫—৩০% পারসেন্ট বৃদ্ধি হয়, কিন্তু ইহাদের সংখ্যা যে অনুপাতে বৃদ্ধি হয়, লিম্ফোসাইট ও ইয়োসিনোফিল (Lymphocytes and Eosinophil) এর সংখ্যা বৃদ্ধি হইলেও, তদ্রূপ অনুপাতে বৃদ্ধি হইতে দেখা যায় না।

(iii) হিমোগ্লোবিন (Haemoglobin) :—প্রায়ই অধিকাংশ স্থলে ইহার পরিমাণ বিশেষ হ্রাস হইতে দেখা যায় না। তবে প্রবল ও দীর্ঘস্থায়ী পীড়ার পরিণতাবস্থায় হিমোগ্লোবিনের সংখ্যা কম হইয়া থাকে।

(ত) লিম্ফাটিক গ্ল্যান্ড (Lymphatic glands)—লোসিকা গ্রন্থি :—শ্বেত রক্তকণিকার সংখ্যা অত্যধিক বৃদ্ধি হেতু অনেক স্থলে লোসিকা গ্রন্থির বিবৃদ্ধি হইতে পারে।

রোগ-নির্ণয় (Diagnosis) :—এই পীড়া নির্ণয় করা বিশেষ কষ্টসাধ্য নহে। মায়েরলেড লিউকিমিয়ায় রোগীর গ্লীহা অত্যন্ত বৃদ্ধি হয়—এমন কি, এই বৃদ্ধিত গ্লীহায় উদরের প্রায় তদ্ব্যপেক্ষ স্থান অধিকার করে। এইরূপ অত্যধিক বৃদ্ধিত গ্লীহার সঙ্গে রোগীর রক্তের শ্বেতকণিকার অত্যধিক বৃদ্ধি বর্তমান থাকিলে “মায়েরলেড লিউকিমিয়া” নির্ণয়ে আর সন্দেহের অবকাশ থাকে না।

নির্ব্যচনিক রোগনির্ণয় (Differential diagnosis) :—নিম্নলিখিত বহুকেটী পীড়ার সহিত এই পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। ইহাদের বিশিষ্ট লক্ষণ

সমূহের সহিত পার্থক্য বিচার করিয়া প্রভেদ নির্ণয় করা যাইতে পারে।

(ক) লিম্ফাটিক লিউকিমিয়া (Lymphatic leukemia) :—ইহার সঙ্গে মায়েরলেড লিউকিমিয়ার প্রভেদ এই যে, লিম্ফাটিক লিউকিমিয়ায় গ্লীহা অপেক্ষা লিম্ফাটিক গ্রন্থিই তদধিকতর অধিক বৃদ্ধিত হইয়া থাকে; আর মায়েরলেড লিউকিমিয়ায় লিম্ফাটিক গ্রন্থি অপেক্ষা গ্লীহাই অত্যধিকরূপে বৃদ্ধিত হয়।

(খ) ম্যালেরিয়া জ্বর (Malarial fever) :—ম্যালেরিয়া জ্বরে—বিশেষতঃ পুনঃ পুনঃ ম্যালেরিয়ায় ভুগিলে; পরন্তু পুরাতন ম্যালেরিয়ায় গ্লীহা খুব বড় এবং রক্তের শ্বেতকণিকার সংখ্যাও বৃদ্ধি হইয়া থাকে। ইহার সহিত মায়েরলেড লিউকিমিয়ার প্রভেদ এই যে, ম্যালেরিয়ায় বৃদ্ধিত গ্লীহাসহ রক্তে ম্যালেরিয়া-জীবাণু পাওয়া যায়, কিন্তু মায়েরলেড লিউকিমিয়ায় রক্তে ম্যালেরিয়া জীবাণু পাওয়া যায় না।

(গ) কালাজ্বর (Kala-Azar) :—কালাজ্বরেও গ্লীহার আকার এবং শ্বেত রক্তকণিকার সংখ্যা বৃদ্ধিত হয়। এই সঙ্গে রোগীর রক্তে লিশ্ম্যান ডনোভান বডি (কালাজ্বরের জীবাণু) পাওয়া যায়। কিন্তু মায়েরলেড লিউকিমিয়ায় রোগীর গ্লীহা বৃদ্ধি এবং রক্তে শ্বেত কণিকার সংখ্যা বৃদ্ধি হইলেও, রক্তে লিশ্ম্যান ডনোভান বডি পাওয়া যায় না। সুতরাং রক্ত পরীক্ষায় সহজেই ইহাদের উভয়ের প্রভেদ নির্ণয় করা যাইতে পারে।

ভাবীকল :—এই পীড়ার ভাবীকল অশুভ। পীড়ার ক্রমবৃদ্ধিত প্রকৃতি এবং মধ্যে মধ্যে রোগের উপশম জন্ম ইহা দশ বৎসর পর্যন্ত স্থায়ী হইতে পারে। এক বৎসর রোগ ভোগের পূর্বে পীড়া প্রায়ই সাংঘাতিক হয় না। অত্যধিক দৌর্বল্য ও বলক্ষয় অথবা প্রুঁসি নিউমোনিয়া, ব্রংকাইটিস, মতিকাভ্যাহরে রক্তস্রাব বা অজ্ঞাত স্থানিক রক্তস্রাব এবং প্রবল উদরাময়, রক্তাশায় ইত্যাদি উপসর্গ উপস্থিত হইলে রোগীর পরিণাম প্রায়ই অশুভ হয়।

(২) লিম্ফ্যাটিক লিউকিমিয়া

(Lymphatic leukemia)

লিম্ফ্যাটিক লিউকিমিয়ার অপর নাম ‘লিম্ফোমিয়া’ (Lymphomia)। এই শ্রেণীর লিউকিমিয়া সাধারণতঃ স্ত্রীলোক অপেক্ষা পুরুষদেরই বেশী হইয়া থাকে। ইহার মধ্যে আবার শিশুদিগকেই সর্বাধিক বেশী আক্রান্ত হইতে দেখা যায়।

কারণ-তত্ত্ব (Aetiology) :—ইহার উৎপাদক কারণও মায়েরলেড লিউকিমিয়ার অনুরূপ।

লক্ষণ :—এই পীড়া তরুণ বা পুরাতন আকারে প্রকাশ পাইতে পারে। এই রোগের বিশেষত্ব এই যে—ইহাতে লিম্ফ্যাটিক গ্যাংগা সমূহ বিশেষভাবে এবং সর্বপ্রথমই আক্রান্ত হয় ও প্রায়ই এতৎসহ প্লীহাও বর্ধিত হইয়া থাকে। এই রোগ অত্যন্ত সাংঘাতিক। এই শ্রেণীর রোগেও খেত রক্তকণিকাসমূহ সংখ্যায় অত্যন্ত বৃদ্ধি পায় এবং ইহাদের মধ্যে “লিম্ফোসাইটস” (Lymphocytes) সমূহই সংখ্যায় সর্বাধিক অধিক বৃদ্ধি হইয়া থাকে। ইহা ৭০% বা ততোধিক বর্ধিত হইতে পারে। এই প্রকার পীড়ায় প্লীহার বিবর্ধন, প্রথমোক্ত পীড়ার ত্রায় তত অধিক হয় না; কিন্তু লিম্ফ্যাটিক গ্যাংগা সমূহ অধিকতর বিবর্ধিত এবং কোমল হইয়া থাকে।

দৈহিক ও যান্ত্রিক পরিবর্তন :—এই শ্রেণীর পীড়ায় দৈহিক ও যান্ত্রিক যে সকল পরিবর্তন উপস্থিত হয়, যথাক্রমে তাহা বলা যাইতেছে।

(ক) লিম্ফ্যাটিক ও অন্যান্য গ্রন্থি (Lymphatic and other glands) :—এই পীড়ায় দেহের বিভিন্ন স্থানের লিম্ফ্যাটিক ও অন্যান্য গ্রন্থিসমূহ বিবর্ধিত হওয়াই ইহা’র প্রধান লক্ষণ। পীড়ার প্রারম্ভে বা পীড়া অগ্রসর হইলে লোসিকা গ্রন্থি (লিম্ফ্যাটিক গ্যাংগা) এবং টন্সিল (tonsils) বিবর্ধিত বা ক্ষীণ এবং প্রদাহিত হইতে দেখা যায়। এই সকল গ্রন্থি প্রদাহাবিহীন

হইলেও ইহারা প্রায় পাকে না। বগলের কুচকীর এবং গলদেশের গ্রন্থি সাধারণতঃ বর্ধিত হইতে দেখা যায়।

(খ) মূত্রগ্রন্থি (Kidneys) :—প্রসাধে

এলবামিন ও গ্রামুলার কাষ্ট পাওয়া যায়।

(গ) প্লীহা (Spleen) :—প্লীহা বর্ধিত হইলেও মায়েরলেড লিউকিমিয়ার ত্রায় তত বেশী বর্ধিত হয় না।

(ঘ) জ্বর (Fever) :—কোন কোন স্থলে পীড়ার প্রারম্ভে তরুণ আকারের এবং পীড়ার পরিণতাবস্থায় পুরাতন আকারের জ্বর বিদ্যমান থাকে। তবে সাধারণতঃ এই শ্রেণীর পীড়ায় জ্বর হইতে দেখা যায় না।

(ঙ) টন্সিল (tonsils) :—পীড়ার প্রারম্ভে টন্সিলের ক্ষীণতা ও বিবৃদ্ধি প্রধান লক্ষণ।

(চ) হৃদপিণ্ড ও ফুস্ফুস (Heart and Lungs) :—ইহাদের বিশেষ কোন পরিবর্তন উপস্থিত হয় না। তবে পীড়া প্রবল এবং দীর্ঘস্থায়ী হইলে মায়োকার্ডাইটিস (Myocarditis), পেরিকার্ডাইটিস (Pericarditis), হৃদপিণ্ডের দুর্বলতা ও ক্রিয়াবিকার এবং প্লুরিসি উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

(ছ) অন্ত্র ও পাকযন্ত্র সম্বন্ধীয় লক্ষণ (Gastro-intestinal symptoms) কোন কোন স্থলে পরিপাক-যন্ত্রের বিকৃতিজনক লক্ষণ স্পষ্টতর বা মৃদুভাবে দৃষ্ট হয়। সাধারণতঃ পীড়ার প্রাবল্য অবস্থায় উদরাগ্নান, উর্কোদরে বেদনা, বমন, বমনোদ্বেগ, অজীর্ণতা, উদরাময় কিম্বা পাকস্থলী বা অন্ত্রে অথবা উভয় স্থানেই রক্তস্রাব হইতে পারে।

(জ) চর্ম্ম (Skin) :—এই শ্রেণীর পীড়ায় বিবিধ চর্ম্মরোগ উপস্থিত হওয়া খুবই সাধারণ। অধিকাংশ রোগীরই পীড়ার মধ্যবর্তী অবস্থায় আটকেরিয়া (Urticaria—আমবাত), প্রুরাইটিস (Pruritis), প্রুরাইগো (Prurigo) এবং ডেমিকিউলার,

পশ্চিউলার, পিটিকিয়ার, নোডিউলার শ্রেণীর চর্মরোগ (vesicular, pustular, petechial, nodular) হইতে দেখা যায়। ইহাতে রোগী বিশেষ কষ্ট পায়।

(ক) স্নায়ুবিধান (Nervous system) :—

স্নায়ুশুল্কের বিশেষ কোন গোলযোগ প্রায় উপস্থিত হইতে দেখা যায় না। তবে কখন কখন মেরুমজ্জায় ও মস্তিষ্কে (Spinal cord and brain) লিম্ফমেটাস (Lymphomatous) সঞ্চিত হইতে দেখা যায়।

(গ) যকৃত (Liver) :—যকৃত সামান্য বর্ধিত হয়।

(ট) রোগীর বাহ্যিক আকৃতি (appearance) :—রোগাক্রান্ত ব্যক্তির বর্ণ প্রায় পাণ্ডু বর্ণ বা ধূসর বর্ণধারণ করে।

(ঠ) রক্তের ঔপাদানিক পরিবর্তন :—এই শ্রেণীর পীড়ায় রক্তের নিম্নলিখিতরূপ পরিবর্তন হইয়া থাকে।

(I) শ্বেত রক্তকণিকা (Leukocytes) :—এই শ্রেণীর পীড়ায় রক্তে শ্বেত কণিকার সংখ্যা প্রতি কিউবিক মিলিমিটারে ২০০০,০০০—২৫০,০০০ হইতে দেখা যায়। সাংঘাতিক অবস্থায় শ্বেত কণিকার সংখ্যা ২১৩০০০ পর্যন্ত বৃদ্ধি হইতে দেখা গিয়াছে।

(II) মনোনিউক্লিয়ার সেল (Mononuclear cells) :—ইহা শতকরা ৯০—৯৯ ভাগ বর্ধিত হয়।

(III) লাল রক্তকণিকা (Red blood cells) :—লালরক্তকণিকার সংখ্যা অত্যধিক পরিমাণে হ্রাস হয়। অধিকাংশ রোগীতেই লাল রক্তকণিকার সংখ্যা প্রতি কিউবিক মিলিমিটারে ৩০০,০০০ ৪০০,০০০ কম হইতে দেখা যায়।

রোগনির্ণয় (Diagnosis) :—ক্রমবর্ধিত রক্তহীনতা, দুর্বলতা ও লিম্ফাটিক গ্রন্থির বিবৃদ্ধি এবং রক্তের ঔপাদানিক পরিবর্তন দৃষ্টে ইহাকে অল্প পীড়া হইতে প্রভেদ করা যাইতে পারে।

ভাবীফল :—এই পীড়া সাধারণতঃ তরুণভাবেই প্রকাশ পায়। সুচিকিৎসা না হইলে প্রায়ই ৬—৮ মাস মধ্যেই সাংঘাতিক অবস্থা প্রাপ্ত হইয়া রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হইতে পারে। আবার কখন কখন ছই মাসের মধ্যে রোগীর মৃত্যু হওয়াও অসম্ভব নহে।

উপসর্গাদি :—প্রথমোক্ত পীড়ারই চতুর্ভূত।

এই রোগ সম্প্রতি পল্লীগ্রামে, চা-বাগানে, চট্ট কলের কুলী লাইনে, এবং কয়লার খনির কুলীদের মধ্যে যথেষ্ট দেখিতে পাওয়া যাইতেছে। প্লীহা ও লোসিকা গ্রন্থির বিবর্দ্ধনসহ জরীয় উত্তাপের অবর্তমানতা, প্রবল বা দ্রুত রক্তহীনতার ইতিহাস ইত্যাদি লক্ষণ দ্বারা এই পীড়া সন্দেহ করতঃ চিকিৎসা আরম্ভ এবং যত সত্বর সম্ভব রক্তকণিকা সমূহ গণনা করিবার জ্ঞান—রোগীর রক্ত কোনও বিধস্ত পরীক্ষাগারে পাঠাইবার ব্যবস্থা করা কর্তব্য। রক্ত পরীক্ষায় এই রোগ নির্ণয়ে কোনই অসুবিধা হয় না।

চিকিৎসা—Treatment.

উভয় প্রকার লিউকিমিয়া (ম্যাক্রোলয়েড ও লিম্ফাটিক লিউকিমিয়া) পীড়ার চিকিৎসা এবং চিকিৎসার উদ্দেশ্য একই প্রকার।

চিকিৎসার উদ্দেশ্য :—যাহাতে রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্যোন্নতি ও রক্তের ঔপাদানিক পরিবর্তন বিদূরিত, বিবর্দ্ধিত প্লীহা ও লিম্ফাটিক গ্রন্থি স্বাভাবিক অবস্থা প্রাপ্ত, রক্তের উৎকর্ষ সাধিত এবং আত্মযজ্ঞিক উপসর্গ সমূহ দূরীভূত হয়, তাহাই চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য। এই সকল উদ্দেশ্যে যেরূপ ব্যবস্থা করা কর্তব্য, যথাক্রমে তাহা বলা যাইতেছে।

(১) বিশ্রাম :—রোগীকে সম্পূর্ণ বিশ্রামে রাখা কর্তব্য।

(২) বিশুদ্ধ বায়ু সেবন ও ব্যায়াম :—প্রত্যহ প্রাতে ও সন্ধ্যার প্রাকালে মুক্ত বায়ুতে ধীরে ধীরে ভ্রমণ করার ব্যবস্থা করা কর্তব্য। শারীরিক সামর্থ্য অনুসারে ভ্রমণের কাল কম বেশী করা উচিত।

(৩) স্নানঃ—প্রত্যহ শীতল জলে বা ঈষৎ জলে স্নান উপকারী। কিন্তু অর বর্তমানে স্নান নিষিদ্ধ। অর না থাকিলে সহমত স্নান বিধেয়।

(৪) জল বায়ু পরিবর্তনঃ—এই পীড়া কাস্ত ব্যক্তির পক্ষে সমুদ্রতীরবর্তী ও সামান্ত উচ্চতায়ুক্ত পার্বত্য স্থান বিশেষ উপযোগী। এতদর্থে গিরিদি, দিমুলতলা, জশিডি, দেওবর, পুরী, বিদ্যাচল ইত্যাদি উপযুক্ত স্থানে বাস করিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

(৫) পথ্যঃ—লঘুপাচ্য পুষ্টিকর পথ্য ব্যবস্থেয়। বিড়ক টাটকা ছক, মাংসের ত্রণ বা সুপ; অর্দ্ধসিদ্ধ ডিম্ব, হরলিকস্ মলটেড মিক্স, টাটকা ফলমূল, শাকসব্জী, এবং লৌহ সংযুক্ত খনিজ জল উপকারী। রোগীর পরিপাক শক্তি অনুসারে পথ্য ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

(৬) সূর্য্যাস্রমিঃ—অধুনা চিকিৎসা-ক্ষেত্রে “সূর্য্যাস্রমি-চিকিৎসা” বিশিষ্ট স্থান অধিকার করিয়াছে। বিশেষজ্ঞগণের দ্বারা সূর্য্যাস্রমি চিকিৎসা অবলম্বিত হইলে এই পীড়ায় বিশেষ উপকার পাওয়া যায়। ঘরোয়া ভাবে প্রত্যহ সহমত সূর্য্যালোক সেবন করিলেও বিশেষ সফল হইতে পারে।

(৭) এক্স-রে (X-Ray) বা রঞ্জন স্রমিঃ—অধুনা অধিকাংশ চিকিৎসকই এই পীড়ায় “এক্স-রে” প্রয়োগ সর্ব্বাপেক্ষা ফলপ্রসূ বলিয়া বিবেচনা করেন। বাস্তবিকই এই পীড়ায় এতদ্বারা সত্ত্বর সমূহ সফল পাওয়া যায়। “এক্স-রে” প্রয়োগের পর হইতেই বর্ধিত প্লীহা ও লিম্ফ্যাটিক গ্রন্থিসমূহের আকার হ্রাস, রক্তের রক্তকণিকার সংখ্যা হ্রাস, লাল কণিকার সংখ্যা বৃদ্ধি এবং রক্তের অন্ত্রান্ত পরিবর্তন সংশোধিত হইয়া রোগীর সার্বাস্থিক অবস্থা উন্নত হইতে থাকে। “এক্স-রে” সম্বন্ধে বিশেষজ্ঞ (Specialists) চিকিৎসক দ্বারা এই চিকিৎসা করান কর্তব্য।

(৮) ত্রিষল্লীয় চিকিৎসাঃ—এই পীড়ায় চিকিৎসাথ নিম্নলিখিত কয়েকটা ঔষধ বিশেষ উপযোগিতার সহিত অনুমোদিত হইয়াছে। যথা—

(ক) আর্সেনিক (Arsenic) ও লৌহ (iron) :—এই পীড়ায় আর্সেনিক একটা বিশেষ উপকারী ঔষধ। লৌহের সঙ্গে প্রযুক্ত হইলে ইহাতে সম্ভাবজনক উপকার পাওয়া যায়। রোগীর নৃশক্তি অনুসারে আর্সেনিক ও লৌহযুক্ত ঔষধ প্রয়োগ করা কর্তব্য। এই পীড়ায় লৌহ ও আর্সেনিকের নিম্নলিখিত প্রয়োগরূপগুলি বিশেষ উপযোগিতায় সহিত ব্যবহৃত হয়। যথা—

(i) লাইকর আর্সেনিকেলিস (Liquor arsenicalis) :—ইহা ২—৩ মিনিম মাত্রায় কিছু আত্মারের পর প্রত্যহ ৩ বার সেব্য।

(ii) সোডি ক্যাকোডিলেট (Sodii cacodylate) :—ইহা ১/৪—১ গ্রেন মাত্রায় ১ সি, সি, পরিমাণ বিশোধিত জলে দ্রব করিয়া ১ দিন অন্তর ইঞ্জেকশনরূপে প্রযোজ্য। মূত্রগ্রন্থির প্রদাহ (Nephritis) ও দৃষ্টিহীনতা বর্তমানে ইহার প্রয়োগ নিষিদ্ধ।

(iii) ফেরো নিউক্লিনেট (Ferro-nucleate) :—ইহা এই পীড়ায় (রক্তহীনতাজনক অন্ত্রান্ত পীড়াতেও) বিশেষ উপকারী। ইহাতে শীঘ্রই প্লীহা, বৃক্ক ও লিম্ফ্যাটিক গ্রন্থির বিবৃদ্ধি হ্রাস ও রক্তের উৎকর্ষ সাধিত হইয়া থাকে। ইহা ট্যাবলেট আকারে প্রস্তুত। ১টা ট্যাবলেট মাত্রায় প্রত্যহ ৪ বার সেব্য।

(iv) ট্রিপল আর্সেনেট উইথ নিউক্লিন (Triple arsenat with Nuclien) :—এই পীড়ায় ইহা অতীব উপকারী। ইহা সেবনে খুব শীঘ্র রক্তের উৎকর্ষ সাধিত, প্লীহা ও লোসিকা গ্রন্থির বিবৃদ্ধি হ্রাস হয়। ১—৪টা ট্যাবলেট মাত্রায় প্রত্যহ ৩/৪ বার সেব্য।

(v) আয়রণ আর্সেনেট (Iron arsenate) :—

ইহা ১ গ্রেণ মাত্রায় ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য।

(vi) আয়রণ সাইট্রেট উইথ নিউক্লিন (Iron citrate with neuclicien) :—ইহাও বিশেষ উপকারী।

(vii) সোয়ামিন (Soamin) :—কেহ কেহ এই পীড়ায় সোয়ামিন প্রয়োগের প্রশংসা করেন।

১—৩ গ্রেণ মাত্রায় ইহা ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য।

(viii) ফ্লোরাসিনেট এট আয়রণ

(Florarsenate et Iron) :—এই পীড়ায় ইহা অতীব উপকারী। ইহা সেবনে শীঘ্রই প্লীহা ও লিম্ফাটিক গ্রন্থির বিবৃদ্ধি হ্রাস, রক্তের উৎকর্ষ সাধিত এবং দৌর্বল্য দূরীভূত হয়। ১—২টি বটিকা মাত্রায় প্রত্যহ ৩ বার সেবা। রক্তহীনতা দূর করিতে ইহা অতীব উপযোগী।

(খ) সিরাপ হিমোগ্লোবিন উইথ লিভার এক্সট্রাক্ট (Syrup Hæmoglobin with liver extract) :—অনেকেই ইহা এই পীড়ায় বিশেষ উপকারী বলেন। বস্তুতঃ, এতদ্বারা বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। ইহা আহ্বারের পর ১—২ ড্রাম মাত্রায় জলসহ প্রত্যহ ২/৩ বার সেবা।

(গ) বেঞ্জোল (Benzol.) :—সম্প্রতি বিশেষজ্ঞগণ এই রোগে—“বেঞ্জোলের” বিশেষ প্রশংসা করিতেছেন। রক্ত-নির্মাণকারী যন্ত্র, অস্থিমজ্জা, প্লীহা ও লোসিকা গ্রন্থির উপর ইহার বিশেষ শক্তিশালী ক্রিয়া বর্তমান থাকায় “লিউকিমিয়া”তে এই ঔষধ বিশেষ ফলপ্রদ হয়। “বেঞ্জোল” ব্যবহারে—বিবৃদ্ধিত প্লীহা এবং খেত-কণিকা সমূহের সংখ্যা সত্তর হ্রাসপ্রাপ্ত হয়।

প্রয়োগ-প্রণালী :—৫ মিনিম বেঞ্জোল্ এবং

৫ মিনিম অলিভ্ অয়েল্ একত্রে মিশ্রিত করিয়া একটি ক্যাপ্‌সুল্ মধ্যে পূর্ণ করতঃ ১টি ক্যাপ্‌সুল্ মাত্রায় প্রত্যহ ৩ বার আহ্বারান্তে সেবন করাইতে হয়। এই মাত্রা ক্রমশঃ বৃদ্ধি করতঃ ২০ মিনিম পর্য্যন্ত করিতে পারা যায়। যখনই ‘বেঞ্জোল্’ ব্যবহার করা হইবে—তখনই উহা সমপরিমাণ অলিভ্ অয়েলের সহিত ক্যাপ্‌সুল্‌তে করিয়া দেওয়া কর্তব্য। ইহার দ্বারা খেতকণিকা সমূহের সংখ্যা যে, নিশ্চয়ই হ্রাস হয়, তাহাতে কোন সন্দেহ নাই; কিন্তু ইহার ক্রিয়ায় স্থায়ীত্ব সম্বন্ধে সন্দেহ আছে। এই ঔষধ ১’৫—১ গ্রাম মাত্রায় ১ দিন* অন্তর অধঃস্থচিক ইঞ্জেক্‌সন্‌ও দেওয়া যায়। এই ঔষধ বাহ্যতে বিষক্রিয়া প্রকাশ না করে তজ্জন্ত ইহা অতি সাবধানতার সহিত প্রয়োগ করা উচিত। খেতকণিকাসমূহ সংখ্যায় ৩০,০০০ হইবামাত্র ইহার ব্যবহার স্থগিত করা কর্তব্য। শিরঃপীড়া, শিরোবর্ণন, এলুমিনিউরিয়া, রক্তপ্রস্রাব, মূত্রাবরোধ ইত্যাদি লক্ষণ উপস্থিত হইলে তৎক্ষণাৎ বেঞ্জোল্ প্রয়োগ স্থগিত করা উচিত। রাইট্‌স ডিজিজ বর্তমান থাকিলে ‘বেঞ্জোল্’ প্রয়োগ নিষিদ্ধ।

(ঘ) ন্যাফ্‌থেলিন্ টেট্রাক্লোরাইড্ (Naphthalene tetrachloride) :—ইহা ৭ গ্রেণ মাত্রায় তিন ঘণ্টান্তর সেবনের জন্ত অনেকে উপদেশ দেন। ইহাতে উপকার পাওয়া যায়।

(ঙ) অক্সিজেন (Oxygen) :—অত্যন্ত খাসকষ্ট এবং সাংঘাতিক রক্তহীনতার জন্ত প্রত্যহ ২০—৪০ গ্যালন অক্সিজেনের খাস গ্রহণ করাইলে বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। অত্যাগ্ন লক্ষণ ও উপসর্গাদির জন্ত যথায়থ চিকিৎসার প্রয়োজন।

ম্যালেরিয়া—Malaria.

লেখক—ডাঃ শ্রীশ্যামাচরণ মিত্র এম, বি, (M. B.)

কলিকাতা

আমাদের দেশে ম্যালেরিয়া জ্বরটি এত সাধারণ ও ব্যাপক যে, প্রত্যেক লোকেই ইহার বিষয় কিছু কিছু জানেন। প্রত্যেক পল্লীগামই ইহার প্রকোপ সহ্য করিতেছে ও কোনও কোনও পল্লীগাম জনশূন্য হইয়া গিয়াছে। ইহা প্রায়ই শরৎ ও হেমন্ত কালে আবির্ভাব হয়। কিন্তু এখন প্রায়ই সব ঋতুতেই দেখা যায়। তবে শরৎ ও হেমন্ত কালেই ইহার প্রকোপ বেশী বৃদ্ধি হয়; সেই জন্য ইংরাজিতে ইহার আর একটি নাম “Autumnal fever.” ম্যালেরিয়া এত সাধারণ যে, ইহার লক্ষণ ও সাধারণ বিষয় সমূহ সকল চিকিৎসকেরই জানা আছে; এমন কি সাধারণ লোকেও কিছু কিছু জানেন। আমি ইহার সাধারণ বিষয় সম্বন্ধে বিশেষ ভাবে কিছু বলিব না। তবে আমার অভিজ্ঞতায় আমি যে সব অসাধারণ আক্রমণ দেখিয়াছি এবং তাহা হইতে কত প্রকারের ম্যালেরিয়া জ্বর ও কত রকম অস্বাভাবিক লক্ষণ দৃষ্ট হয়—তদসমূহ এবং তাহাদের সফলপ্রদ চিকিৎসা-প্রণালী সম্বন্ধেই বিস্তৃতভাবে আলোচনা করিব।

কারণঃ—ম্যালেরিয়া উৎপত্তির কারণ সম্বন্ধে তিনটি মত প্রচলিত আছে; যথা:—

(১) Through digestive tract অর্থাৎ পানীয় জলের সহিত ম্যালেরিয়া-বিষ শরীরে প্রবেশ করে।

(২) খাদ্য-প্রখাসের সহিত ইহার বিষ মনুষ্য দেহে প্রবেশ করে।

(৩) Infection বা In oculation Theory অর্থাৎ মশকের কামড়ে—মশকের দ্বারা ম্যালেরিয়া জীবাণু মনুষ্যের রক্তের ভিতর প্রবেশ করে।

উল্লিখিত প্রথম ২টি মত ভ্রান্তিপূর্ণ, কিন্তু এখনও পল্লীগামের অনেক লোকে—এমন কি, অনেক সভ্য ও শিক্ষিত লোকও এই দুইটি মত মানেন। সহরের অনেক শিক্ষিত লোক পল্লীগামে বাইয়া পাছে ম্যালেরিয়ায় আক্রান্ত হইতে হয়, সেই ভয়ে সেখানকার জল পান করেন না। এই দুইটি মতের কোনও ভিত্তি নাই। তৃতীয়টি বৈজ্ঞানিক গবেষণার দ্বারা আবিস্কৃত ও বিজ্ঞানের অনুমোদিত।

লক্ষণঃ—

(১) জ্বরঃ—ম্যালেরিয়া জ্বরের প্রধান চিহ্ন শীত ও কম্প সহকারে জ্বর। কিন্তু যখন জ্বর পুরাতন হয়, তখন অনেক স্থলে কাঁপুনি থাকে না।

ম্যালেরিয়া জ্বর সাধারণতঃ নিম্নলিখিত কয়েক প্রকারে হইতে দেখা যায়। যথা—

- (ক) সবিব্রাম,
- (খ) স্প্রসবিব্রাম,
- (গ) অবিব্রাম,

প্রথম প্রকার জ্বরে জ্বর ছাড়িয়া পুনরায় ১০/১২ ঘণ্টা বা ২৪ ঘণ্টা পরে আসে। দ্বিতীয় প্রকার জ্বরে জ্বর একেবারে ছাড়ে না, উত্তাপ কিছু কম হইয়া পুনরায় জ্বরের উপর জ্বর আসে। তৃতীয় প্রকার জ্বরে জ্বর মোটেই ছাড়ে না। এই প্রকার জ্বর প্রায়ই অল্প জ্বরের সহিত ভুল হয়।

(২) মীহাঃ—ম্যালেরিয়া জ্বরের প্রথম অবস্থাতে মীহা জ্বর বাড়ে ও জ্বরের বিরামের সঙ্গে সঙ্গে মীহাও কমিয়া স্বাভাবিক অবস্থাপ্রাপ্ত হয়; তবে পুনঃ পুনঃ বা বহুদিন জ্বরে ভুগিলে মীহা খুব বাড়ে ও শীঘ্র কমিতে চাহে না।

(৩) যকৃত :—যকৃত প্রায়ই বাড়িতে দেখা যায় না, তবে ইহার বিকৃতি প্রায়ই ঘটে। জ্বর পুরাতন হইলে ইহার বিকৃতি অল্পত হয়। যকৃতির অবস্থা বিকৃত না হইলে ম্যালেরিয়া এর হয় না। যখন জ্বর পুরাতন (Chronic) অবস্থা প্রাপ্ত হয়, তখন যকৃত বাড়ে। ম্যালেরিয়া জ্বরের একটা প্রধান পূর্ব লক্ষণ এই যে—জ্বর হইবার পূর্বে প্রায়ই যকৃতির বিকৃতি ও কোষ্ঠবদ্ধতা হয়।

(৪) কম্প :—জ্বর আসিবার পূর্বেই প্রথমে ঠাঁত ও কম্প হয়। কম্প এমন হয় যে, অনেক সময় তাহা খানা লেপ-গায়ে দিয়াও কাঁপুনি ধামে না। যখন জ্বর পুরাতন (Chronic) হয়, তখন এতটা বা মোটেই কাঁপুনি থাকে না। জ্বরের বেগ বৃদ্ধি পাইলে ও জ্বর ছাড়িলে কম্প চলিয়া যায়।

(৫) বমি :—কাঁপুনির সঙ্গে সঙ্গে প্রায়ই পিত্ত বমন হয় ও জল পিপাসা থাকে। জ্বরের বিরামের সঙ্গে ইহারও উপশম হয়।

(৬) মাথার যন্ত্রণা ও গা হাত পায়ের ব্যথা :—ম্যালেরিয়া জ্বরে পায় রোগীরই শিরঃপীড়া ও গাত্র বেদনা হইতে দেখা যায়।

এই জ্বর প্রায়ই একদিন বা দুইদিন অন্তর এবং কখনও কখনও প্রত্যেক দিন জ্বর বিরামের সহিত হয়। ইহা খুব সাধারণ লক্ষণ, ইহার বিষয়ে বিশদভাবে কিছুই বলিবার নাই এবং এই সব লক্ষণ ও জ্বরের চিকিৎসা সামান্য কুইনাইন মিক্শচার দিলেই সারিয়া যায়। এক্ষণে ম্যালেরিয়া জ্বরের কয়েকটা বিশিষ্ট শ্রেণী ও তাহাদের কতকগুলি অস্বাভাবিক (abnormal) লক্ষণ এবং তাহাদের চিকিৎসা-প্রণালী সম্বন্ধে আলোচনা করিব।

(১) সেরিব্রাল ম্যালেরিয়া

(Cerebral malaria)

ইহা খুব মারাত্মক জ্বর। ঠিক সময় যত চিকিৎসা না করিলে প্রায় রোগী মারা যায়।

চৈত্র—৪

লক্ষণ :—প্রথমে জ্বর হয় এবং জ্বরের সঙ্গে সঙ্গেই রোগী অজ্ঞান হইয়া যায়। ইহাতে রোগীর মুখের ভাব খুব তমতমে দেখায়, তবু খুব উষ্ণ ও শুষ্ক; চক্ষু তারকা ছোট (contracted); নাড়ী খুব মোটা এবং শ্বাস প্রবাহের সময় খুব ঘড়-ঘড় শব্দ হয়। ইহা প্রায়ই সংন্যাস (Apoplexy) বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। ইহাতে সময় সময় জ্বরের উত্তাপ ১০৩-১০৪ ডিগ্রি পর্যন্ত হইতে দেখা যায়। আবার কখনও কখনও উত্তাপ মোটেই থাকে না। এইরূপ অবস্থায় রোগীর ২৪—৪৮ ঘণ্টার ভিতর মৃত্যু হয়। কখনও কখনও এই অজ্ঞান অবস্থা ২১ দিন বাদে দেখা দেয়। এইরূপ ক্ষেত্রে রোগীর আন্তে আন্তে আচ্ছন্ন ভাব উপস্থিত হইতে দেখা যায়; পরে ইহা সম্পূর্ণ কোমা (Coma) বা অজ্ঞান অবস্থায় পরিণত হয়। ত্বকের উপর ছোট ছোট রক্তস্রাবিক দাগ (Patechial haemorrhagic spot) দেখা যায়। শ্বাসপ্রবাহ প্রথমে খুব আন্তে আন্তে পড়ে, পরে খুব ঘন ঘন এবং সেই সঙ্গে ঘড়-ঘড় শব্দ হইতে থাকে।

প্রথমাবস্থায় নাড়ী অতি পুষ্ট মোটা (Full bounding pulse) থাকে, কিন্তু ক্রমে সর, দ্রুত ও ক্ষীণ হইয়া পড়ে। পক্ষাঘাত হয় বা দেহের অর্দ্ধেক পড়িয়া যায় (Hemiplegia)। ক্রমে ক্রমে রোগীর কোলাপ্স (Collapse) বা সান্নিপাত অবস্থা উপস্থিত হইয়া রোগীর মৃত্যু হয়।

এই জ্বর ম্যালেরিয়া বিষ মস্তিষ্ক আক্রমণ করতঃ ইহা এত দ্রুত ও শীঘ্র কার্য করে যে, ২৪—৪৮ ঘণ্টার মধ্যে রোগীর মৃত্যু হয়। এই অজ্ঞান অবস্থা (Coma) চারি প্রকারের হইতে দেখা যায়; যথা—

(১) প্রলাপযুক্ত অজ্ঞানতা

(Delirious form);

(২) আক্ষেপযুক্ত অজ্ঞানতা

(Eclamptic form);

(৩) অর্দ্ধাঙ্গ পক্ষাঘাতযুক্ত অজ্ঞানতা

(Hemiplegic form) ;

(৪) অতীব যন্ত্রণাদায়ক দুর্দমা শিরঃপীড়ায়ুক্ত অজ্ঞানতা (Cephalalgic form) ;

১ম অবস্থায়—ম'নসিক বিকার ও উত্তেজনা হয়।

২য় অবস্থায়—তড়কার মত আক্ষেপ হয় এবং প্রায়ই ইহা ছোট ছেলেদের ইহা থাকে।

৩য় অবস্থায় অন্ধাঙ্গের বা সর্কাসের পক্ষাঘাত হয়।

৪র্থ অবস্থায়—খুব শিরঃপীড়া ইহা থাকে।

নির্ধাচনিক রোগ-নির্ণয় (Differential diagnosis) :—এই প্রকার ম্যালেরিয়া নিম্নলিখিত কয় প্রকার ব্যাধির সহিত গোলমাল হইতে পারে। যথা—

(ক) সংক্রাস (Apoplexy) :—সংক্রাস রোগের সহিত এই প্রকার ম্যালেরিয়ার ভ্রম হইতে পারে কিন্তু এই পীড়া (Apoplexy) প্রায়ই হঠাৎ আক্রমণ করে। রক্তের চাপ অত্যন্ত বৃদ্ধি হইলে ও খুব পরিশ্রমের পর মতিবুদ্ধি রক্ত-প্ৰণালী ছিন্ন হইয়া মস্তিষ্কে রক্তশ্রাব বশতঃ ইহার উৎপত্তি হয়। ইহাতে শরীরের উত্তাপ বৃদ্ধি হয় না। ম্যালেরিয়ায় পূর্বে হইতে মধ্যে মধ্যে জরের আক্রমণের ইতিহাস পাওয়া যায়। ম্যালেরিয়া জরে রোগীর রক্ত পরীক্ষায় রক্তে ম্যালেরিয়া জীবাণু পাওয়া যাইলে রোগ নির্ণয়ে কোন সন্দেহ থাকে না।

(খ) বহুমূত্র রোগীর কোমা বা অজ্ঞানাবস্থা (Diabetic coma) :—বহুমূত্র রোগে রোগীর যে অজ্ঞান অবস্থা হয়। তাহার সহিত এই জরের অজ্ঞানাবস্থার প্রভেদ করা অত্যন্ত সহজ।

বহুমূত্র রোগে ইহার অন্যান্য লক্ষণ, পীড়ার ইতিহাস এবং রক্ত শর্করার (blood-sugar) অতি হ্রাস বিদ্যমান থাকে।

(গ) মেনিঞ্জাইটিস (Meningitis) :—

ইহাতে রোগীর গলার পেশী সকল শক্ত হয়, চক্ষুর নিকট আলো আনিলে রোগী চোঁচায় ও বিরক্ত হয় (Photophobia) এবং সেরিব্রো স্পাইন্ডাল ফ্লুইড (Cerebro Spinal fluid) যদি বাহির করিয়া পরীক্ষা করা যায়, তাহা হইলে উহাতে মেনিঙ্গোকক্কাস জীবাণু পাওয়া যায়।

(১) এলজিড শ্রেণীর ম্যালেরিয়া (Algid form)

এই প্রকার ম্যালেরিয়া অত্যন্ত মারাত্মক। অনেক স্থলে চিকিৎসা সত্ত্বেও রোগীকে বাঁচান যায় না।

লক্ষণ :—রোগী ম্যালেরিয়া জরে আক্রান্ত হওয়ার পর হঠাৎ রোগীর সমস্ত শরীর ঠাণ্ডা, চক্ষু কোটরগত ; চোখের তারা বড় (Dilated) ; সমস্ত শরীর নীলবর্ণ (Cyandtie) ; অত্যন্ত ধর্ম্য নিঃসরণ ; জিহ্বা শুষ্ক ও উহার মধ্যভাগ সাদা ময়লাবৃত (White coating) ; নাড়ী খুব দ্রুত, হৃদয়, নরম ও অনিয়মিত এবং সঞ্চাপ্য (Compressible) হয়। নিশ্বাস খুব আন্তে আন্তে ও অসমান ভাবে পড়ে ; রোগীর জ্ঞান থাকে, তবে কোনও কিছুই উপর লক্ষ্য স্থির থাকে না ; রোগী অগ্নমনস্ক হয় ও উদাসীন থাকে। যদিও সমস্ত শরীর ঠাণ্ডা হইয়া যায়, তবুও রোগী গাত্র দাহের জন্য ছুটফুট করে। শরীরের বাহ্যিক উত্তাপ হ্রাস হইলেও গুহদেশের (Rectal) উত্তাপ বৃদ্ধি পায়।

(৩) সিনকোপিক শ্রেণীর ম্যালেরিয়া (Syncopal form)

ইহা পূর্কোক্ত এলজিড শ্রেণীর ম্যালেরিয়ারই মত। ইহাতে রোগীকে একটু নাড়িলেই রোগী মূর্ছিত বা অজ্ঞান হইয়া যায়। অত্যান্ত সমস্ত লক্ষণ এলজিড ম্যালেরিয়ার মত (Algid form)। ইহাতেও প্রায় রোগী বাঁচে না।

(৪) কলেরার ন্যায় লক্ষণযুক্ত ম্যালেরিয়া (Choleric form)

ইহাতে রোগীর লক্ষণসমূহ প্রায় কলেরারোগের মত হয়। খুব পাঁতলা জলের মত দাঙ্গ হইতে থাকে, এবং সেই সঙ্গে বমি হয়। তবে কলেরারোগে যেমন পেটের ব্যথা বা কামড়ানি থাকে না, এই শ্রেণীর ম্যালেরিয়ায় পেটের ব্যথা খুব হয় এবং দাস্তের সহিত সময় সময় রক্ত দেখা যায়। ঠিক মত চিকিৎসা হইলে রোগী বাঁচিয়া যায়। অনেক সময় ইহাতেও চাউল ধোরানি জলের মতও দাঙ্গ হয় এবং রোগীকে ঠিক বহুচিকার রোগীর মত দেখায়। এক্ষণে স্থলে বহুচিকার সহিত এই প্রকার ম্যালেরিয়ার প্রভেদ নির্ণয় করা শক্ত। প্রকৃত কলেরার সহিত ইহার প্রভেদ এই যে, কলেরার আক্রমণের সঙ্গে জ্বর হয় না, কিন্তু এই শ্রেণীর পীড়া আক্রমণের পূর্বে রোগীর খুব জ্বর হয় এবং তারপর হঠাৎ এই সকল লক্ষণ প্রকাশ পায়।

(৫) রক্তমাশয়ের লক্ষণযুক্ত ম্যালেরিয়া (Dysenteric Type)

এই প্রকার ম্যালেরিয়া জ্বরের রক্তমাশয়ের জ্বর লক্ষণ উপস্থিত হয়। শুলনী, পেট ব্যথা মলের সঙ্গে আম ও রক্ত সমস্তই থাকে। অনেক সময় ইহা রক্তমাশয় বলিয়াই চিকিৎসিত হইয়া থাকে। মল পরীক্ষায় ইহাদের উভয় প্রভেদ নির্ণয় করা যাইতে পারে। কিন্তু অনেক সময় রক্তমাশয়ের রোগীর মলে ইহার উৎপাদক জীবাণু এন্টামিবা হিস্টোলিটিকা (*Antamoeba histolytica*) পাওয়া যায় না। এক্ষণে স্থলে রক্ত পরীক্ষায় প্রকৃত পীড়া নির্ণীত হইতে পারে। কারণ, ম্যালেরিয়া রোগীর রক্তে ম্যালেরিয়া প্যারাসাইট পাওয়া যায়, কিন্তু রক্তমাশয়ে উহা পাওয়া যায় না।

রক্তমাশয়ের লক্ষণযুক্ত ম্যালেরিয়া জ্বরের লক্ষণ এই যে—ইহাতে প্রথমে খুব শীত করিয়া জ্বর ও জ্বরের

সঙ্গে সঙ্গেই দাঙ্গ হইতে আরম্ভ হয় এবং তাহার পর পেটে ব্যথা, শুলনী হয়। দাস্তে আম ও রক্ত পড়িতে থাকে। কিন্তু রক্তমাশয়ে প্রথমেই পেটের ব্যথা ও দাস্তে আম ও রক্ত পড়ে এবং তাহার পর জ্বর হয়। স্থল বিশেষে জ্বর হইতেও পারে, আবার না হইতেও পারে। কিন্তু ম্যালেরিয়ার জ্বর থাকিবেই এবং জ্বর ছাড়িয়া গেলে জ্বরের সঙ্গে সঙ্গে রক্ত মাশয়ের লক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখা যাইবে। আরও একটি বিশেষত্ব এট যে—রক্তমাশয়ের লক্ষণযুক্ত ম্যালেরিয়ায় রোগী ৭০৮০ বার বাহ্যে করিলেও রক্তমাশয়ের রোগীর জ্বর তত শীঘ্র রোগী অকসর ও তন্দ্রল হইয়া পড়ে না। তারপর এমিটিন (*Emetine*) ইঞ্জেক্সন দিলে রক্তমাশয়ের দাঙ্গ যেমন ৮০৯০ বার হইতে একেবারে কমিয়া যায়, রক্তমাশয়ের লক্ষণযুক্ত ম্যালেরিয়ায় কিন্তু এমিটিনে (*Emetine*) তন্দ্রপ ফল হয় না। খুব ভাল করিয়া বিবেচনা করিলে ইহাদের প্রভেদ পরা খুব সহজ এবং কুইনাইন দিলেই এই শ্রেণীর জ্বর ও বাহ্যে সঙ্গে সঙ্গেই বন্ধ হইয়া যায়। এইরূপ শ্রেণীর ম্যালেরিয়া প্রায়ই সাময়িকভাবে (*Periodical*) হয় এবং প্রায়ই পুরাতন রক্তমাশয় (*chronic Dysentery*) বলিয়া লম্ব হইয়া থাকে। ম্যালেরিয়ার চিকিৎসা করিলে রোগী নিরাময় হইয়া যায়।

(৬) রক্তস্রাবিক ম্যালেরিয়া (Haemorrhagic Type)

এই প্রকার ম্যালেরিয়া খুব বিরল হইলেও মধ্যে মধ্যে ২১৮১ রোগী দেখিতে পাওয়া যায়। ইহাতে প্রায়ই নাক বা দাঁতের গোড়া বা মাড়ী হইতে কিম্বা শরীরের অন্যান্য অংশ হইতে রক্তস্রাব হইতে দেখা যায় অনেক সময়ই কুইনাইন দ্বারা ম্যালেরিয়ার চিকিৎসা করিলেই এই রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া থাকে। তবে কোন কোন স্থলে রক্তস্রাব বন্ধ করণার্থ রক্তরোধক ঔষধ প্রয়োগ করিবার প্রয়োজন হইয়া থাকে।

(৭) নিউমোনিক বা প্লুরিটিক শ্রেণীর ম্যালেরিয়া

(Pneumonic or pluritic type)

এই প্রকার ম্যালেরিয়া অরে বৃক্কে ব্যথা কাশি, শ্বাসপ্রশ্বাসে কষ্ট এবং সময়ে সময়ে থুথুর সহিত রক্তও দেখা যায়। ট্রেপিকোপের দ্বারা ফুস্ফুস পরীক্ষা করিলে ফুস্ফুসে প্রায়ই রালস (rales) বা রংকাই (ronchii) এবং কখন কখনও বা ক্রিপিটেশন (crispitation) শব্দ পাওয়া যায়। জ্বরীয় উত্তাপ খুব বেশী ও শ্বাস প্রশ্বাসের কষ্ট এবং শ্বাসপ্রশ্বাসের সংখ্যা খুব বৃদ্ধি হয়। হঠাৎ দেখিলে নিউমোনিয়া বলিয়াই ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু ইহাতে নিউমোনিয়ার মত রোগীর মত কষ্ট হয় না এবং রোগীর মানসিক অবস্থারও বিকৃতি ঘটে না। জ্বরীয় উত্তাপ কম হইবার সঙ্গে সঙ্গে ফুস্ফুস সংক্রান্ত উপসর্গ উপশমিত হইয়া থাকে। খুব বিবেচনার সহিত পরীক্ষা করিলে ইহা নিউমোনিয়ার সহিত পৃথক করা খুব সহজ হয়। ম্যালেরিয়ার মতই ইহাতে জ্বর আসে কিন্তু জ্বরের বৃদ্ধির সহিত নিউমোনিয়ার লক্ষণগুলি বৃদ্ধি পায় এবং জ্বর ছাড়িলে একেবারেই বা আংশিকভাবে কমিয়া যায়, অর্থাৎ জ্বর বৃদ্ধির সঙ্গে এই চিহ্নগুলি যেমন হঠাৎ বাড়িয়া উঠে, সেইরূপ জ্বর কমার সঙ্গে সঙ্গে হঠাৎ কমিয়া বা অদৃশ্য হইয়া যায়। এই প্রকার জ্বরও প্রায়ই সাময়িকভাবে (periodical) হয়। কখনও কখনও এই শ্রেণীর জ্বরে, জ্বর হস্ত ২৩ দিন মোটেই ছাড়ে না এবং নিউমোনিয়ার বা প্লুরিসির সমস্ত লক্ষণই বেশ স্পষ্ট ভাবে বিদ্যমান থাকে। রক্ত পরীক্ষা ব্যতীত এই শ্রেণীর জ্বরের সহিত নিউমোনিয়ার প্রভেদ নির্ণয় করা কঠিন। যদি রক্ত পরীক্ষার সুবিধা না হয়, তাহা হইলে এখানে দুই এক মাত্রা কুইনাইন প্রয়োগ করিয়া দেখা কর্তব্য। যদি জ্বর ম্যালেরিয়াজনিত হয়, তাহা হইলে কুইনাইনে জ্বরের গতি প্রতিরুদ্ধ বা পরিবর্তিত হইবে। সন্দেহ অবস্থায়

কুইনাইন প্রয়োগে কোন অপকার হয় না, কারণ নিউমোনিয়ায় প্রথম অবস্থায় কুইনাইন দিলে কোনও অপকার হইতে দেখা যায় না।

উল্লিখিত কয়েক প্রকার ম্যালেরিয়া জ্বর ব্যতীত, আরও কয়েক প্রকার জ্বর দেখা যায়; সংক্ষেপে ইহাদের বিষয় বলা যাইতেছে।

(ক) টাইফো-ম্যালেরিয়া (Typho malaria) :—অনেক সময় অত্যন্ত জ্বরের সঙ্গে সঙ্গে বা অল্প প্রকার জ্বরের বিরামকালীন ম্যালেরিয়ার সংক্রমণ দেখা যায়। এই গুলিকে মিশ্রিত বা দ্বিগুণ সংক্রমণ (mixed or double infection) বলে। এখনও অনেকে এই প্রকার মিশ্রিত আক্রমণকে “টাইফো-ম্যালেরিয়া” (Typho-malaria) বলিয়া থাকেন। কিন্তু এই নামটা ভুল। কারণ, টাইফো-ম্যালেরিয়া বলিয়া কোনও পীড়া নাই। ইহা মিশ্রিত সংক্রমণ (mixed infection) মাত্র। অনেক সময় ম্যালেরিয়া জ্বর ঠিক টাইফয়েড ফিভারের (Typhoid fever) এর মত দেখা যায়, ইহাতে জ্বর মোটেই ছাড়ে না। প্রথমে হয়ত কুইনাইন দেওয়া সম্ভেও জ্বর সমভাবে চলে। জ্বরের প্রকোপ ১০।১২ কিম্বা ১৪ দিন থাকে, তাহার পর কমিতে আরম্ভ হয়। এই প্রকার জ্বরের বিশেষত্ব ইহাতে রোগীর রক্ত ভিডাল * পরীক্ষায় (widal test) নেগেটিভ হয় না বা ইহাতে টাইফয়েডের (Typhoid) মত পঞ্চান্তরে অত্যন্ত জিনিষও পাওয়া যায় না। রোগীর রক্তে ইহাতে স্প্লিন (spleen) প্রায়ই বড় হয়।

এই প্রকার জ্বরে যখন জ্বরের বেগ কম হয়, সেই সময় পুনরায় কুইনাইন দিলে খুব আশু ফল পাওয়া যায়। এই প্রকার ম্যালেরিয়াকে “টাইফয়েড লক্ষণযুক্ত ম্যালেরিয়া” (malaria with typhoid symptoms) বলা যায়, কিন্তু “টাইফো-ম্যালেরিয়া” (typho-malaria) বলা যায় না।

অনেক সময় টাইফয়েড (typhoid) জ্বর সারিবার পর রোগী ম্যালেরিয়ার দ্বারা আক্রান্ত হয়। এই প্রকার আক্রমণকে ডবল সংক্রমণ (double infection) বলে। অনেক স্থলে ম্যালেরিয়া হইতে রোগী টাইফয়েড ফিভারে (typhoid fever) আক্রান্ত হইতে পারে।

(খ) দ্বৈকালিন জ্বর (Double quotidian Fever)ঃ এক প্রকার ম্যালেরিয়া জ্বর আছে—যাহাতে প্রত্যহ দুইবার করিয়া জ্বর হয় এবং ইহাতে প্রীহা ও যকৃতের বৃদ্ধি হইয়া থাকে। সময় সময় এই জ্বরে প্রীহা ও যকৃত একরূপ বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় যে, উহাতে সমস্ত পেট জুড়িয়া যায়। ইহাকে “দ্বৈকালিন জ্বর” বলা হয়। অনেক স্থলে এই প্রকার জ্বর “কালাজ্বর” বলিয়া চিকিৎসিত হইয়া থাকে। কিন্তু প্রকৃতপক্ষে ইহা কালাজ্বর নহে। ইহা এক প্রকার পুরাতন প্রকৃতির ম্যালেরিয়া জ্বর (chronic type malaria)।

(গ) উত্তাপ বিহীন ম্যালেরিয়া (Afebrile malaria)ঃ—এক প্রকার ম্যালেরিয়া আছে—যাহাতে রোগীর জ্বর ঘোটেই হয় না, কিন্তু রোগী ১০-১৫ দিন অন্তর অত্যন্ত মাথাব্যথা—বিশেষতঃ দুই জ্বর উপর খুব ব্যথা অনুভব করে। রোগী প্রায়ই বলে যে, তাহার পিত্ত বৃদ্ধি হইয়াছে। প্রায়ই সাময়িকভাবে মধ্যে মধ্যে রোগীর এইরূপ লক্ষণ উপস্থিত হয়। রোগীর রক্ত পরীক্ষা করিলে, রক্তে ম্যালেরিয়া জীবাণু পাওয়া যায়। এই জ্বরে কুইনাইন, আর্পেনিক ও নক্সতমিকা ইত্যাদি দ্বারা চিকিৎসা করিলে রোগী সম্পূর্ণরূপে আরোগ্য লাভ করে।

ম্যালেরিয়া একরূপ ভাবে বিকৃতি লাভ করিয়াছে যে, চিকিৎসা করিতে করিতে অনেক প্রকার নূতন ধরণের লক্ষণের সহিত ম্যালেরিয়া দেখা যাইতে পারে।

উপসর্গ (Complication)ঃ—সোজাহুজি ম্যালেরিয়া জ্বরে, জ্বরের সাধারণ লক্ষণ ব্যতীত বিশেষ কোন উপসর্গ খুব কম দেখা যায় এবং যাহা দেখা যায়, তাহা মিশ্রিত বা ডবল সংক্রমণ (mixed or double infection)

বশতঃ হইয়া থাকে। তবে প্রীহা ও যকৃতের বিকৃতি ও বিবৃদ্ধি প্রধান উপসর্গ। অনেক সময় প্রীহা ও যকৃত বৃদ্ধিত অবস্থাতেই থাকে এবং কমিতে দেখা যায় না।

ম্যালেরিয়ার বিষ সময় সময় স্নায়ু বিধানের (nervous system) উপর প্রভাব বিস্তার করিয়া স্নায়ুশূল (neuralgia), স্নায়ুপ্রদাহ (neuritis); প্রলাপ, আক্ষেপ, মূর্ছা, অজ্ঞানতা (coma) উপস্থিত হয়। অনেক সময় ইহাতে তরুণ উন্মাদ-রোগের (acute mania) সৃষ্টি করে। অনেক সময় ম্যালেরিয়া ও যক্ষ্মা প্রায়ই এক সঙ্গে দেখিতে পাওয়া যায়। অনেক স্থলে ম্যালেরিয়া যক্ষ্মার পূর্ববর্তী (pre-disposing) কারণ হইয়া থাকে।

অনেক সময় ম্যালেরিয়া জ্বরে রোগীর প্রস্রাবে এলবুমিন (Albumen) পাওয়া যায়। একশিরা বা এপিডিডাইমাইটিস (epididymitis) উপসর্গ উপস্থিত হইতে দেখা যায়। ম্যালেরিয়ার বিষ সময় সময় মূত্রাশ্বির (kidney) উপর প্রভাব বিস্তার করে এবং তৎফলে রক্তপ্রস্রাব (Haematuria) মূত্রাশ্বসংপত্তি (Retention of urine) বা হিমোগ্লোবিউরুরিয়া (haemoglobunuria) উপস্থিত হয়। ম্যালেরিয়া বিষ দ্বারা অনেক সময় বিবিধ মানসিক পীড়া; যথা বিষমোন্মাদ (melancholia), উন্মত্ততা (mania), অপ্রকৃত উন্মত্ততা (delusional insanity) সৃষ্টি হয়। ম্যালেরিয়া জ্বরে এই উপসর্গ উপস্থিত হইলে এবং রক্তে ম্যালেরিয়া জীবাণু পাওয়া গেলে এই সব উপসর্গ (complication) কুইনাইন প্রয়োগে উপশমিত হয়।

ম্যালেরিয়ার বিষ রক্তের উপর প্রভাব বিস্তার করিয়া রক্তের হিমোলাইসিস (haemolysis) অবস্থা উৎপাদন করে। ইহাতে রক্তের জলীয়ভাগ বেশী হয় ও রক্ত কণিকার (blood corpuscle) ভাগ কমিয়া যাইয়া এনিমিয়া বা রক্তশূন্যতা উপস্থিত হয়।

ম্যালেরিয়া বিষ চক্ষুর উপরও সময় সময় প্রভাব বিস্তার করে। একরূপ স্থলে দৃষ্টিশক্তিহীনতা (Amaurosis) বা চক্ষুর অভ্যন্তর ও কিনারার প্রদাহ (Retino

choroiditis) উপস্থিত হয়। চক্ষুর কর্ণিয়ার (cornea) প্রদাহ (Keratitis) হইতে খুব কম দেখা যায়।
 ম্যালেরিয়া বিষ দ্বারা শ্রবণেন্দ্রিয়েরও সময় সময় অনিষ্টসাধিত হইয়া ক্ষণিক বধিরতা (temporary aural vertigo) হয়। গাঁটে গাঁটে ব্যথা অর্থাৎ আর্থ্রাইটিস (Arthritis) এবং বাত (Rheumatism) ম্যালেরিয়ার আর একটি উপসর্গ। (ক্রমশঃ)

—:~:—

এনসেফালাইটিস—Encephalitis.

লেখক—ডাঃ জীবিতভূতিভূষণ চক্রবর্তী M. B.

কলিকাতা।

—(০):(*):(০০)—

ইহা মস্তিষ্কের এক প্রকার প্রদাহজনক পীড়া। ইহাতে মস্তিষ্ক বা মগজের সমুদয় অংশ “ফুলা ফুলা” ভাব ধারণ করে বলিয়াই, এই পীড়ার নাম—“এনসেফালাইটিস” হইয়াছে। মস্তিষ্ক বা মগজ বলিতে এস্থলে আমরা দিগকে সেরিবেলাম (মধ্যমস্তিষ্ক—Cerebellum), সেরিব্রাম (উর্দ্ধ মস্তিষ্ক—Cerebrum); এবং উহার প্রত্যেক অংশ, যথা—মস্তিষ্কের অভ্যন্তর প্রদেশ (মিডব্রেন—Midbrain); পন্স (Pons), মেডুলা (নিম্নমস্তিষ্ক—Medulla), ও মস্তিষ্কের আবরণও বুদ্ধিতে হইবে।

প্রকারভেদঃ—অবস্থাভেদে এনসেফালাইটিস নানা প্রকারের আছে। যথা—

(ক) হিমোরাজিক বা রক্তস্রাবিক (Hæmorrhagic);

(খ) পলিওএনসেফালাইটিস (Polio-encephalitis) অর্থাৎ মস্তিষ্কের ধূসরবর্ণ অংশের (Gray matter of the brain) প্রদাহ;

(গ) মেনিঞ্জাইটিস (Meningitis);

(ঘ) লিথার্জিক এনসেফালাইটিস (Lethargic encephalitis);

কারণঃ—নানা কারণে মস্তিষ্কের বিভিন্ন পরিবর্তন সাধিত হইয়া বিভিন্ন প্রকারের এনসেফালাইটিস পীড়ার উৎপত্তি হয়। এই সকল বিভিন্ন কারণের মধ্যে বিশিষ্ট প্রকার পুঁজোৎপাদক জীবাণুর (Pus forming micro-organism) সংক্রমণই প্রধানতম কারণ মধ্যে গণ্য হইয়া থাকে।

মেনিঞ্জাইটিস শ্রেণীর পীড়ায় ডিপ্লোককাস ইন্ট্রাসেলুলারিস (Diplococcus intracellularis) জীবাণুর প্রাধান্য থাকিলেও, উল্লিখিত পুঁজোৎপাদক জীবাণুর বিত্তমানতা লক্ষিত হয়। আবার সিম্ফলিস পীড়ার জীবাণু কর্তৃক মেনিঞ্জো-সেরিব্রাইটিস (menigo-cerebritis) উৎপত্তিও বিরল নহে।

এনসেফালাইটিস পীড়ার প্রধান কারণ—কাণের পুঁজ; এই পুঁজে ট্রোপোককাস জীবাণু বিত্তমান থাকে। নাকের হাড়, মাথার হাড় বা চোখের নিকটবর্তী হাড়ের ভিতর পুঁজসংক্রান্ত ব্যাধি হইলে এই রোগের উৎপত্তি হইতে পারে। মাথার হাড়ে “চোট” (Trauma) লাগিলেও এই রোগ ক্রমে মস্তিষ্ক অধিকার করে। দেহের যে কোনও অংশে কোনও

প্রকার বিষাক্ত (septic) ক্ষত বিদ্যমান এবং ঐ ক্ষত পূজ্যুক্ত হইলে এ রোগ দেখা দেয়। সেইজন্ত সাধারণতঃ যুক্ত ফোটিক (লিভার এবসেস—Liver absce-s), আলসাণেটিভ এণ্ডোকার্ডাইটিস (ক্ষত যুক্ত হৃদাবরক ঝিল্লীর প্রদাহ—ulcerative endocarditis), ফুসফুসে ফোঁড়া (abscess of the lung) এবং প্লুরা গহ্বরে পূজ উৎপত্তি এমপায়োমা—(Empyema) হইতে এই পীড়ার উৎপত্তি হইতে দেখা যায়।

সাধারণ লক্ষণঃ—শীত শীত ভাব, জ্বর, মাথাধরা, বমন, খেঁচুনি, আক্ষেপ, পক্ষাঘাত, দৃষ্টিশক্তির ব্যতিক্রম চক্ষে ব্যথা, জ্ঞানের অভাব এইগুলিই এই পীড়ার সাধারণ লক্ষণ।

জ্বর :—সাধারণতঃ বিষাক্ত ক্ষতের দকন যন্ত্রণ জ্বর দেখা যায়; এই পীড়াতেও সেইরূপ জ্বর হইয়া থাকে।

পক্ষাঘাত :—এই পীড়ায় সাধারণতঃ একদিকের অঙ্গের পক্ষাঘাত হইয়া থাকে।

এই রোগ দীর্ঘ বা কখনও অতি দ্রুত বাড়িয়া যায়।

উল্লিখিত কয়েক প্রকার এনসেফালাইটিসের মধ্যে এপিডেমিক লিথার্জিক এনসেফালাইটিস (Epidemic lethargic Encephalitis) সম্বন্ধে একটু বিশদভাবে আলোচনা করিব। কারণ, অনেক স্থলে হঠাৎ এই রোগ দেখা যায়। বিগত মহাযুদ্ধের পর হইতে ইহার প্রাচল্য অনেক স্থলেই দৃষ্টিগোচর হইতেছে।

লিথার্জিক এনসেফালাইটিস

Lethargic encephalitis.

লক্ষণঃ—এনসেফালাইটিসের সাধারণ লক্ষণের সহিত ইহার বিশেষ কোন তারতম্য নাই; তবে লিথার্জিক এনসেফালাইটিসের এমন কতকগুলি বিশিষ্ট এবং নিজস্ব লক্ষণ আছে—যদ্বারা ইহাকে অন্ত্র প্রকারের পীড়া হইতে পৃথক করা যাইতে পারে। প্রথমতঃ—এই

পীড়া সংক্রামক (Epidemic); দ্বিতীয়তঃ—এই পীড়ার পথমেই মাথার বেদনাসহ জ্বর প্রকাশ পায়। সময়ে সময়ে এই সঙ্গে বমি হইতেও দেখা যায়। পীড়াক্রান্ত ইহার পরক্ষণেই সবল বাক্তি সহসা অত্যন্ত দুর্বলতা প্রভব করে এবং নিদ্রাধোরে আচ্ছন্ন হয়। প্রথম প্রথম রোগীকে ডাকিয়া এই নিদ্রার ঘোর ভাঙ্গান যাইতে পারে; কিন্তু পরে আর রোগীকে জাগান যায় না, রোগী ক্রমে ঘোর অজ্ঞান (coma) হইয়া পড়ে। কখন কখন এই অজ্ঞান অবস্থায় রোগী প্রলাপ বকে ও ছটফট করে (Dilirium and restlessness)। রোগীর চোখের পাতা (eyelid) পড়িয়া যায় (ptosis); রোগী এদিকে ওদিকে চোখ ঘুরাইতে ফিরাইতে পারে না। চোখের পাতার পক্ষাঘাত (paralysis) বশতঃ এইরূপ হয়। রোগী চোখে ভাল দেখিতে পায় না। কখন কখন দ্বিবিসমাস (Strabismus) ও হাইষ্টগমাস (Hystogmus) উপস্থিত হয়। ফেসিয়াল নার্ভ (facial nerve—মুখমণ্ডলের স্নায়ু) যে যে মাংসপেশীর ভিতর বর্তমান আছে, সেই সকল মাংসপেশীর—জিহ্বা, লেরিংস (Larynx); এবং হস্তপদের পক্ষাঘাত উপস্থিত হইতে দেখা যায়। এই সঙ্গে কোন কোন স্থলে হস্তপদের বা অন্ত্র স্থানের কম্পনও বিদ্যমান থাকে। কোন কোন স্থলে এই সঙ্গে মেনিঞ্জাইটিসের সাধারণ লক্ষণগুলি সামান্যভাবে স্পষ্টতঃ বিদ্যমান থাকে। এরূপ স্থলে কেরিংস সাইন (Kernig's sign) এবং গ্রীবাদেশের কাঠিলা বা আড়ষ্টভাব (Rigidity of the neck) দেখা যায়।

এই রোগাক্রান্ত রোগীর লাঙ্গার পাংচার করিয়া স্পাইন্যাল ফ্লুইড বাহির করিলে উহা পরিষ্কার জলবৎ দেখায় এবং উহাতে এলবুমিনের পরিমাণ বেশী থাকে না।

এই শ্রেণীর পীড়ার প্রতি পূর্বে চিকিৎসকগণের বিশেষ মনোযোগ আকৃষ্ট হয় নাই। কিন্তু ক্রমশঃ ইহার বিস্তৃতি বাহ্যল্যে এবং সাংঘাতিকতা দৃষ্টে বর্তমানে ইহা বিশিষ্ট আলোচনার বিষয়ীভূত হইয়াছে। এই পীড়ার লক্ষণাদি

সম্বন্ধে অধুনা কেহ কেহ কিছু নূতন তথ্য ও প্রকাশ করিয়াছেন ; যথা—

(ক) অজ্ঞানতা (Coma) :—কেহ কেহ বলেন যে, এই পীড়ায় রোগীর যে অজ্ঞানতা উপস্থিত হয়, সময়ে তাহার পরিবর্তনও হইতে পারে। কোন কোন স্থলে অজ্ঞানতা খুব বেশী হয় না, আবার স্থল বিশেষে রোগী আদৌ সংজ্ঞাশূন্য হইতেও দেখা যায় না। বলা বাহুল্য, এরূপ স্থলে পীড়ার সাধারণ লক্ষণ—জ্বর, অরাক্রমণের সঙ্গে সঙ্গে মাথাধরা বা মাথা বেদনা, বমন, চোখের পাতা পড়িয়া যাওয়া ইত্যাদির কোন পরিবর্তন হয় না।

(খ) কম্প (Shivering):—কেহ কেহ বলেন যে, এই পীড়ায় যে কম্পন দেখা যায়, তাহা কেবল ডান দিকেই হইয়া থাকে।

(গ) নিদ্রার ঘোর (Somnolence) :—কেহ বলেন যে, এই পীড়ায় রোগীর যে নিদ্রালুতা দেখা যায়, তাহাই বিশিষ্ট লক্ষণ। এই সঙ্গে ক্রমে যে অজ্ঞানতা উপস্থিত হয়, তাহা কোনরূপ উত্তেজনা হেতুই হইয়া থাকে ; নচেৎ কোন উত্তেজক কারণ বর্তমান না থাকিলে রোগী কেবল নিদ্রাচ্ছন্ন হইয়া পড়িয়াই থাকে—অজ্ঞান হয় না। এবং এই উত্ত্রাবস্থায় মধ্যে মধ্যে রোগী মাথার যন্ত্রণার বিষয় জ্ঞাপন করে। রোগী সহজেই উত্তেজিত এবং ভীতিবিহ্বল হয়। মাঝে মাঝে বমি করে ও উপর বা নীচের দিকে চোখ দিয়া তাকাইতে পারে না।

রোগোৎপত্তির কারণ :—সাধারণ এনসেফালাইটিসের সঙ্গে এই পীড়ার সম্বন্ধ থাকিলেও, ইহার উৎপত্তির কারণ সম্পূর্ণ পৃথক। “গ্রাম পজিটিভ ককাস” (Gram positive coccus) এই পীড়া উৎপত্তির কারণ বলিয়া স্থিরীকৃত হইয়াছে। ১৮৮৯ খৃষ্টাব্দে ইটালি, বুলগেরিয়া, ডেনমার্ক এবং জার্মানিতে যখন ইনফ্লুয়েঞ্জার ভীষণ এপিডেমিক উপস্থিত হইয়াছিল, তখন অনেক রোগীর নিদ্রাবল্যা এবং এই সকল রোগীর অধিকাংশই মৃত্যুমুখে পতিত হইয়াছিল। জার্মানির সুবিখ্যাত নিদান

তত্ত্ববিদ Von Economo * এবং Von Wiesner † এই সকল মৃত রোগীর শব্দ ব্যবচ্ছেদ করিয়া উহাদের মস্তিষ্কের (কর্টেক্স, পন্স, মেডুলা বিশেষতঃ বেসাল গ্যাংগ্লিয়ার (Cortex, pons, medulla and basal ganglia) বিশেষ পরিবর্তন দৃষ্টি করিয়াছিলেন। ইহারা ইনফ্লুয়েঞ্জা ব্যাসিলাসই এই পরিবর্তনের কারণ বিবেচনা করেন। বলা বাহুল্য এই সময় হইতেই ইহা “লিথার্জিক এনসেফালাইটিস” পীড়ার নামে অভিহিত হইয়াছে এবং অধুনা অধিকাংশ চিকিৎসকই ইনফ্লুয়েঞ্জা ব্যাসিলাস কর্তৃক মস্তিষ্কের পরিবর্তন সাধিত হইয়া যে পীড়ার উৎপত্তি হয়, তাহা মানিয়া লইয়াছেন। কারণ, এনসেফালাইটিস এবং ইনফ্লুয়েঞ্জা ; এই উভয় পীড়াই নাক ও ফেরিংসের (Nose and pharynx) রোগোৎপাদক জীবাণুর সংক্রমণে সর্দিজনক প্রদাহ হেতু (Catarrhal inflammation) উপস্থিত হয়। তবে হইও বলা যায় যে, এ সম্বন্ধে এখনও অনেক সন্দেহ করেন।

এই পীড়া সংক্রামক ; রোগীর সংশ্রব হইতেও সুস্থ ব্যক্তির রোগাক্রান্ত হইবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা।

ভাবী ফল (Prognosis) :—সাধারণতঃ এই পীড়ার ভাবীফল অশুভ। প্রায় অর্ধেক রোগীর মৃত্যু হইতে দেখা যায়। বিলম্বে চিকিৎসাধীন হইলে মৃত্যু সংখ্যা আরও বেশী হয়। এই রোগে মৃত্যু বা আরোগ্য স্বল্প দিনেই হইতে পারে। কোন কোন স্থলে রোগীর আরোগ্য হইতে কয়েক সপ্তাহ বা কয়েক মাস লাগে। রোগী আরোগ্য হইলেও দুর্বলতা ; দৃষ্টিশক্তি হ্রাস ; চক্ষু পল্লবের পক্ষাঘাত কিছুদিন পর্যন্ত বর্তমান থাকে। রাত্রিই পীড়ার বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়, রোগীর অস্থিরতা রাত্রিই বেশী হয়।

* Von Economo—Wien Kiin Wchnshor, May 10, 1917.

* Von Wiesner—Ldid, July 26, 1917.

এই পীড়ার ভাবীফল সম্বন্ধে জর্নৈক চিকিৎসক * লিখিয়াছেন যে, এই রোগাক্রান্ত ৭টা রোগের মধ্যে ২টা রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হইয়াছিল। ১টা রোগীর কয়েক ঘণ্টার মধ্যে এবং ১টা রোগীর ১১ দিনের দিন মৃত্যু হইয়াছিল। অত্র রোগীগুলি কয়েক দিনের মধ্যেই আরোগ্যলাভ করিয়াছিল।

রোগনির্ণয় (Diagnosis) :—কেহ কেহ বলেন যে, এই পীড়া নির্ণয় করা খুব সহজ; কিন্তু প্রকৃত পক্ষে সহজ ত নয়ই—বরং খুবই কঠিন। কঠিন এইজন্য যে, ইহার অত্যাশ্চর্য্য শৈলী হইতে ইহাকে পৃথক করা অনেক স্থলেই দুঃস্বপ্ন হয়। মস্তিষ্কের ফোঁড়া (Cerebral abscess), মেনিঞ্জাইটিস (Meningitis), মস্তিষ্কে অর্কুদ (Cerebral tumor), মস্তিষ্কে রক্তস্রাব (Cerebral hæmorrhage) এবং ইউরিমিয়া, ইহাদের সহিত এই পীড়ার ভ্রম হইতে পারে। এই সকল পীড়ার বিশিষ্ট লক্ষণ দ্বারা ইহাকে পৃথক করা যায়। এই সকল পীড়া হইতে ইহার প্রভেদ নির্ণায়ক লক্ষণাদি নিয়ে উল্লেখ করা যাইতেছে—

(ক) মেনিঞ্জাইটিস :—মেনিঞ্জাইটিস হইতে এই পীড়ার প্রভেদ এই যে, লিম্ফাটিক এনসেফালাইটিস পীড়ায় অধিকাংশস্থলেই মেনিঞ্জাইটিসের লক্ষণ বিদ্যমান থাকে না, থাকিলেও লক্ষণগুলি খুব কম পরিমাণে থাকে। মেনিঞ্জাইটিসের ত্রায় ইহাতে নাড়ীর ও শ্বাসপ্রশ্বাসের অনিয়মিততা (irregularity), দেখা যায় না।

মেনিঞ্জাইটিসের ত্রায় লিম্ফাটিক এনসেফালাইটিসে কেরিংস সাইন (Kering's sign) এবং গ্রীবাদেশের কাঠিন্য বা আড়ষ্ট ভাব দেখা যায় না; দেখা গেলেও খুব কম দৃষ্ট হয়। লিম্ফাটিক এনসেফালাইটিসে সেরিব্রো-স্পাইন্যাল ফ্লুইড পরিষ্কার জলবৎ, উহাতে

এলবুমিন স্বাভাবিক পরিমাণে এবং ২০টা রক্তকণিকা (blood cell-) মাত্র থাকিতে দেখা যায়।

(খ) সেরিব্রাল এবসেস্ (Cerebral abscess—মস্তিষ্কে ফোঁড়া) :—ইহাতে মস্তিষ্কে আঘাত; মধ্যকর্ণের প্রদাহ; কাণ হইতে দীর্ঘ দিন ধরিয়া পুঞ্জস্রাব; দূষিত কণ্ঠস্রাব (septic otorrhea); কণপটাইহ বিদীর্ণ হওয়া (perforation of tympanum); বা মস্তকের পশ্চাদেশে যন্ত্রণাজনক শিরঃপীড়ার (occipital headache; ইতিহাস পাওয়া যায়।

(গ) মস্তিষ্কের অর্কুদ (Cerebral tumor) :—ইহাতে আক্ষেপ একটি প্রধান লক্ষণ এবং ইহা অধিকাংশস্থলেই দীর্ঘস্থায়ী ও নিয়মিতভাবে হইতে দেখা যায়। এই পীড়ায় চক্ষে তীব্র যন্ত্রণা অনুভূত হয়—যাহা লিম্ফাটিক এনসেফালাইটিস পীড়ায় দেখা যায় না।

(ঘ) মস্তিষ্কে রক্তস্রাব (Cerebral hæmorrhage) :—ইহা একটা আকস্মিক ব্যাপার এবং ইহাতে জ্বর হয় না।

(ঙ) ইউরিমিয়া (Uraemia) :—ইউরিমিয়ায় রোগী অজ্ঞান হইলেও, লিম্ফাটিক এনসেফালাইটিসের ন্যায় উহাতে রোগীর চোখের পাতা অশাণ্ড হয় না। উভয় পীড়াতে যদিও প্রস্রাব কম হয়, তথাপি ইউরিমিয়া উপস্থিতির একটি ধারাবাহিক ইতিহাস পাওয়া যায়।

(চ) তন্মাত্র প্রকার এনসেফালাইটিস :—লিম্ফাটিক এনসেফালাইটিস পীড়ায় রোগীর লাধার পাংচার করিয়া সেরিব্রো স্পাইন্যাল ফ্লুইড বাহির করিলে উহা জলবৎ পরিষ্কার দেখায়—ইহাতে এলবুমিনের পরিমাণ স্বাভাবিক থাকে এবং কোন পুঞ্জকোষ (pus cells) বা রক্তকণিকা (blood cells) থাকে না। অন্যান্য প্রকার এনসেফালাইটিস পীড়ায় সেরিব্রো স্পাইন্যাল ফ্লুইডের এরূপ অবস্থা দেখা যায় না।

মৃত্যু দৈহিক লক্ষণ :—এই রোগে মৃত ব্যক্তির শব ব্যাধিচ্ছদ করিলে চক্ষের মোটর নার্ভের

* Dr. Netter—Bull. et mem. d. Soc. Med. hop., April 18, 1918.

নিউক্লিয়াই (oculomotor nuclei); পন্স (pons); মেডুলা (medulla) এবং মস্তিষ্কের ধূসর পদার্থের ক্ষীণতা দেখা যায়। মেরুমজ্জা (spinal cord) প্রায়ই অক্ষান্ত হয় না। খালি চোখে মস্তিষ্কের বিশেষ কোন পরিবর্তন বুঝিতে পারা যায় না।

চিকিৎসা—Treatment.

নিম্নলিখিতরূপে এই পীড়ার চিকিৎসা করা কর্তব্য। যথা—

(১) বিশ্রাম :—রোগীকে অবিলম্বে শয্যাশায়ী করিয়া সম্পূর্ণ শান্ত স্থিতিভাবে অবস্থান করিবার ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

(২) বিশুদ্ধ বায়ু ও পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা :—এই রোগীর পক্ষে (সব রোগীর পক্ষেই) বিশুদ্ধ বায়ু ও পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা বিশেষ প্রয়োজনীয়। সুতরাং রোগীর গৃহে বাহাতে উত্তমরূপে বিশুদ্ধ বাতাস ও প্রচুর আলো প্রবেশ করে, শয্যাাদি বেশ পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন হয়, তাহার সুব্যবস্থা করা উচিত।

(৩) যথোপযুক্ত পথ্য ব্যবস্থা :—এই রোগে খুব সবল রোগীও অনতিবিলম্বে অত্যন্ত দুর্বল হইয়া পড়ে। এজন্য যথোপযুক্ত পুষ্টিকর, বলকারক অথচ লঘুপাক পথ্য ব্যবস্থা করা কর্তব্য। ডাবের জল, তালের মিছরি বা সোডি বাইকার্বসহ মুকোজ ওয়াটার (চিকিৎসা-প্রকাশ (১৩৩৭ সাল) ৯ম সংখ্যা ৪৪৭ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য), ছানার জল, বার্লি ওয়াটার এবং বিশুদ্ধ পানীয় জল ইচ্ছামত ব্যবস্থা করা যাইতে পারে।

(৪) ঔষধীয় চিকিৎসা :—লক্ষণানুসারে ঔষধীয় চিকিৎসা করা কর্তব্য। যথা—

(ক) কোষ্ঠকাঠিন্য (Constipation) :—পীড়ার প্রথমেই সাধারণতঃ কোষ্ঠবদ্ধতা লক্ষিত হয়। ইহার প্রতিকারার্থ নিম্নলিখিতরূপে বিভাজ্য মাত্রায় (fractional dose) ক্যালোমেল দিলে বেশ ফল পাওয়া যায়।

Re.

ক্যালোমেল ... ১ গ্রেণ।

সোডি বাইকার্ব ... ২০ গ্রেণ।

একত্র ৮ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ১৫ মিনিট অন্তর সেব্য—যতক্ষণ না দান্ত হয়।

(খ) প্রস্রাবস্বল্পতা ও প্রস্রাববন্ধ :—

প্রস্রাবের পরিমাণ যদি খুব কম হয়, তাহা হইলে প্রচুর পরিমাণে পূর্বোক্ত তরল পানীয়ের ব্যবস্থা সহ ১০ গ্রেণ মাত্রায় হেক্সামিন (Hexamine) ৪ ঘণ্টান্তর ব্যবস্থা করা কর্তব্য।

(গ) মেনিঞ্জাইটিস (Meningites):—যদি কেরিংস সাইন (Kerings Sign), এবং গ্রীবাদেশের কাঠিন্য (Rigidity of Neck) প্রভৃতি মেনিঞ্জাইটিসের স্পষ্ট লক্ষণ বর্তমান থাকে, তাহা হইলে লাঘার পাংচার করিয়া কয়েক সি, সি মেরিত্রো-স্পাইন্টাল ফ্লুইড বাহির করিয়া দিলে উপকার হয়।

(ঘ) অজ্ঞানতা (Coma) ও তন্দ্রা (Stupor) :

ইহার প্রতিকারার্থ কেহ কেহ ২—৪ মিনিম টারপেন্টাইন (Terpentine) হাইপোডার্মিক ইন্জেকসন দিতে বলেন। কিন্তু ইহাতে ইন্জেকসন স্থানে ফোটক উৎপত্তি হইতে পারে এবং হয়ও। অজ্ঞানতা ও তন্দ্রা উপস্থিত হইলে লাবণিক বিরেচক (Saline purgative); এবং ক্ষারাক্ত পানীয় (Alkaline drink) বিশেষ উপকারী। গভীর অজ্ঞানতা দৃষ্ট হইলে ক্রমবদ্ধিত মাত্রায় ট্রিকলিন ইন্জেকসনে সুফল পাওয়া যায়।

(ঙ) অনিদ্রা ও অস্থিরতা :—অধিকাংশস্থলে রোগী তন্দ্রাচ্ছন্ন থাকে, কিন্তু নিদ্রা হয় না এবং এই তন্দ্রা অবস্থায় সর্বদা ছটফট করে। ইহার প্রতিকারার্থ রোমাইড বা লুমিভ্যাল সোডিয়াম ব্যবস্থা করা কর্তব্য। লুমিভ্যাল সোডিয়াম ১ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ ৩, ৪ বার সেবন কিংবা লুমিভ্যাল সলিউশন (২০% পারসেন্ট)

১ সি.সি. মাত্রায় প্রত্যহ ২।৩ বার ইন্ট্রামাস্কিউলার কিংবা সাব্কিউটেনিয়াস ইন্জেকশন দিলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

(চ) অস্বাভাবিক উত্তেজনা :—অনেক সময় রোগীর অত্যন্ত উত্তেজনার লক্ষণ উপস্থিত হয়। রোগী তেড়ে তেড়ে উঠে, উচ্চৈশ্বরে চীৎকার করে, নিকটবর্তী লোকজনকে মারিতে উত্তেজিত হয়—বিছানা ছাড়িয়া উঠিয়া পড়ে। এইরূপ স্থলে ব্রোমাইড, ক্লোরাল বা উল্লিখিতরূপে লুমিথ্যাল প্রয়োগ করিলে রোগী স্থির হইয়া থাকে।

(ছ) জ্বর (Fever) :—জ্বরের প্রতিকারার্থ কুইনাইন ব্যবহৃত হয়।

(৫) বিশিষ্ট ঔষধ (Specific medecine) :—নিম্নলিখিত কয়েকটা ঔষধ এই পীড়ায় বিশেষ উপকারী বলিয়া অমুমোদিত হইয়াছে।

(ক) হেক্সামিন (Hexamine);

(খ) পটাশ আয়োডাইড (Potass Iodide);

(গ) ট্রাইপাফ্লভিন (Trypaflavine);

(ঘ) রক্ত ইন্জেকশন (Blood Injection);

(ক) হেক্সামিন :—অধুনা অধিকাংশ চিকিৎসকই এই পীড়ায় হেক্সামিন একটা বিশেষ উপকারী ঔষধ বলিয়া নির্দেশ করিয়াছেন। বাস্তবিক ইহা ৭-১০ গ্রেণ মাত্রায় প্রত্যহ ৩বার করিয়া মুখপথে কিংবা ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশনরূপে প্রয়োগ করিলে সফল পাওয়া যায়।

(খ) পটাশ আয়োডাইড :—মস্তিষ্কে প্রদাহজ স্রাব শোষণার্থ এবং মস্তিষ্কের উত্তেজনা দমনার্থ ইহা প্রয়োগে উপকার হইতে পারে।

(গ) ট্রাইপাফ্লভিন :—অধুনা কেহ কেহ এই পীড়ায় ইহা শিরামধ্যে (ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশনরূপে) প্রয়োগ করিয়া উপকার প্রাপ্তির বিষয় প্রকাশ করিয়াছেন। ২০ সি.সি. মাত্রায় ইহার ২%পাসেন্ট সলিউশন একদিন অন্তর ইন্ট্রাভেনাস ইন্জেকশন এবং এই সঙ্গে

১০ গ্রেণ মাত্রায় হেক্সামিন সেবন করাইলে বিশেষ উপকার পাওয়া যায়।

সম্প্রতি পত্রান্তরে জনৈক চিকিৎসক * এই রোগাক্রান্ত একটা রোগীর চিকিৎসায় ট্রাইপাফ্লভিন প্রয়োগ করিয়া সম্ভাবজনক উপকার পাইয়াছেন বলিয়া প্রকাশ করিয়াছেন। এস্থলে এই রোগীটির বিবরণ উদ্ধৃত করা গেল।

রোগী :—টেকনিক্যাল স্কুলের জনৈক ছাত্র, বয়ঃক্রম ১৫ বৎসর। পিতা মাতার স্বাস্থ্য ভাল।

পূর্ববর্তী পীড়া (Previous illness) :—গত ফেব্রুয়ারী (১৯২৯) মাসে রোগী ইনফ্লুয়েঞ্জা পীড়ায় এবং শৈশবে হামজ্বরে আক্রান্ত হইয়াছিল।

বর্তমান রোগাক্রমণ (Onset of present condition) :—১০ দিন পূর্বে রোগীর সাধারণ অসুস্থতাসহ জ্বর, তৎসহ কম্প, শিরঃপীড়া, ও পদদ্বয়ে বেদনা হয়। জরীয় উতাপ ১০১ ডিগ্রি হইয়াছিল। সন্ধির কোন লক্ষণ ছিল না। রোগী চক্ষু ঘুরাইতে ফিরাইতে পারিত না।

বর্তমান অবস্থা (Present condition) :—রোগীর মাতা রোগীকে হস্পিটালে আনিয়াছিলেন। রোগী তন্দ্রাবস্থায় ছিল, কিন্তু নিদ্রা হইত না; মেজাজ বিশেষরূপে পরিবর্তিত হইয়াছিল। পূর্বে রোগী পূর্ব মেধাবী ও শাস্ত্রপ্রকৃতি ছিল; কিন্তু বর্তমানে উহার বিশেষ পরিবর্তন হইয়াছে। রোগী যেন ভীতিবিহ্বল; একদৃষ্টে সম্মুখের দিকে চাহিয়া আছে; কোন কিছু জিজ্ঞাসা করিলে প্রত্যুত্তর দিতে অনিচ্ছা। রোগীর মাতার সন্দেহ যে, তাহার পুত্রের মাথার গোলযোগ হইয়াছে।

রোগীর অবস্থা পরীক্ষা :—রোগীকে পরীক্ষা করিয়া নিম্নলিখিত অবস্থা জ্ঞাত হওয়া গিয়াছিল।

* Dr. Martinson, Estland, Chincal Excerpts. 1031.

- (ক) রোগী মধ্যমাকৃতি বিশিষ্ট ও বেশ হুট পুট ।
 (খ) যান্ত্রিক অবস্থা ভাল, কোন যন্ত্রেরই অস্বাভাবিক অবস্থা বিদ্যমান নাই ।
 (গ) প্রস্রাব পরিমাণে খুব কম হয় ।
 (ঘ) উভয় চোখের পাতার সামান্য অসাড়তা (Ptosis) বর্তমান আছে ।
 (ঙ) রোগী স্বাভাবিক ভাবে চোখের পাতা (eyelids) ঘুরাইতে ফিরাইতে পারে না ।
 (চ) আলোক সম্পাতে চোখের তারার (pupils) প্রতিক্রিয়া স্বাভাবিক দেখা গেল ।
 (ছ) রেটিনা সামান্য আরক্তিম ।
 (জ) রোগীর পদদ্বয় আড়ষ্ট, উহা অতিক্রমে নড়াইতে চড়াইতে পারে এবং তাহাও ইচ্ছামত নির্দিষ্ট ভাবে পারে না ।
 (ঝ) মুখমণ্ডলের প্রবল আড়ষ্ট বা কাঠি বশতঃ মুখের ভাব বিশেষরূপে পরিবর্তিত ।
 (ঞ) কণ্ঠস্বর ক্ষীণ, কোন কথার প্রত্যুত্তর দিতে সম্পূর্ণ অনিচ্ছা, ২১টা কথা যাহা বলে, তাহাও টানাস্বরে গোঙ্গাইয়া বলে ।
 (ট) উত্তাপ ৯৯.৬ ডিগ্রি, নাড়ী (Pulse) ৬৮ ।
 (ঠ) রক্তের শ্বেতকণিকার সংখ্যা ১০,০০০ ।

রোগনির্ণয় (Diagnosis) :—রোগীর অবস্থা পর্যালোচনা করিয়া মৃদু প্রকৃতির এমাইয়োস্টেটিক শ্রেণীর এনসেফালাইটিস লিথার্জিকা (Mild amyostatic form of encephalitis lethargica) সিদ্ধান্ত করা হইয়াছিল ।

চিকিৎসা :—২৭/১/২৯ তারিখে নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইয়াছিল

১। Re.

ট্রাইপারক্লোভিন ২% সলিউশন ... ১০ সি. সি।

এক মাত্রা। ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকশন।

২। Re.

হেপারিন ... ৭১ গ্রেন।

একমাত্রা। প্রত্যহ ৩বার সেব্য।

২৮/১/২৯—উত্তাপ প্রাতে ৯৮.২ ডিগ্রি, সন্ধ্যাকালে ৯৯.৩ ডিগ্রি; নাড়ী (Pulse) ৭২; রোগীর অবস্থা অনেকটা ভাল। অল্প কেবল ২নং ব্যবস্থাস্ত ঔষধ পূর্ববৎ সেবনের ব্যবস্থা দেওয়া হইয়াছিল।

২৯/১/২৯—অবস্থা পূর্ববৎ। অল্প ১নং ও ২নং ঔষধ পূর্ববৎ ব্যবস্থিত হইয়াছিল।

৩০/১/২৯—উত্তাপ প্রাতে ৯৮.৩, সন্ধ্যায় ৯৭.৩ ডিগ্রি; নাড়ীর অবস্থা ও অত্যন্ত অবস্থা পূর্বাপেক্ষা ভাল। অল্প রোগী সহজে নড়িতে চড়িতে ও কথা বলিতে পারিতেছে; চোখের পাতার অসাড়তা নাই; চক্ষু ঘুরাইতে ফিরাইতে পারে। অল্প কেবল ১নং ব্যবস্থা চলিয়াছিল।

৩১/১/২৯—অবস্থা পূর্বাপেক্ষা অধিকতর উন্নত। প্রস্রাবের পরিমাণ কেবল তাদৃশ বাড়ে নাই।

১/২/২৯—অল্প ১নং ঔষধ পূর্ববৎ ইঞ্জেকশন করা হইয়াছিল।

২/২/২৯—রোগী সম্পূর্ণ সুস্থ; বিশেষ কোন উপসর্গ নাই। উত্তাপ ও নাড়ীর অবস্থা স্বাভাবিক, রোগী অত্যন্ত ক্ষুধিযুক্ত। বেশ স্পষ্ট স্বরে স্বাভাবিক ভাবে কথা বলিতে এবং চোখ ঘুরাইতে ফিরাইতে পারিতেছে, পদদ্বয়ের অসাড়তা বা উহা নড়াইতে চড়াইতে কোন কষ্ট নাই। কেবল রোগীর সর্সাস ঈষৎ পীতাত্ত্বর্ণ হইয়াছে।

৩/২/২৯—সম্পূর্ণ সুস্থাবস্থায় রোগীকে হস্পিটাল হইতে বিদায় দেওয়া হইয়াছিল।

৮/২/২৯—রোগীকে পরীক্ষা করিয়া সম্পূর্ণ সুস্থ দেখা গিয়াছিল।

মন্তব্য :—উক্ত চিকিৎসক লিখিয়াছেন যে, “এইরূপ আরও কতকগুলি এনসেফালাইটিস লিথার্জিকা রোগীকে পূর্বে কুইনাইন, সোডি অ্যালিসিলেট, এবং মৃণপথে ও ইন্ট্রাভেনাস ইঞ্জেকশনরূপে হেপারিন প্রয়োগ করিয়া কোন সুফল পাওয়া যায় নাই।”

“যদিও এই রোগীর পীড়া মৃদু প্রকৃতির ছিল, তথাপি পীড়াক্রমণের ১০ দিন পরে চিকিৎসাধীন হইলেও,

ট্রাইপায়েডিন ইঞ্জেকসনের পরদিন হইতেই রোগীর অবস্থার হিতপরিবর্তন লক্ষিত এবং খুব শীঘ্রই রোগী আরোগ্য হইয়াছিল।

একদিন অন্তর ১০ সি, সি, মাত্রায় রক্ত ইঞ্জেকসন (Whole blood) দিলে উপকার হয়। যদি ইহাতে উপকার দৃষ্ট হয়, তাহা হইলে ২০ সি, সি, মাত্রায় পুনরায়

(ঘ) রক্ত ইঞ্জেকসন (Blood Injectein) :— দেওয়া বাইতে পারে।

রোগনির্ণয়-তত্ত্ব—Diagnosis

শূলরোগ—Colic.

লেখক—ডাঃ শ্রীরবীন্দ্রনাথ গুহ ঠাকুরতা M. B.

ভূতপূর্ব হাউস সার্জেন

কলিকাতা মেডিক্যাল কলেজ হস্পিটাল

কলিকাতা

•:•:•

অন্ত্রশূল, পিত্তশূল এবং মূত্রগ্রন্থির শূল রোগে উদরে কলিক বেদনার (শূল বেদনার) উদ্ভব হইয়া থাকে। ইহাদের প্রভেদ করতঃ রোগ নির্ণয় না করিলে, চিকিৎসার ফল সন্তোষজনক হইতে পারে না। নিম্নে ইহাদের বিশিষ্ট লক্ষণ সমূহ—বহুদূর প্রকৃত রোগ নির্ণয়ের সহায়তা হয়, তাহা বর্ণিত হইতেছে।

(১) অন্ত্র-শূল (Intestinal-colic) :—

(ক) বেদনার প্রকৃতি :—অন্ত্রস্থলে মোচড়ান বেদনা হয় এবং ইহা সাধারণতঃ নাভির চতুর্দিকেই ব্যাপ্ত থাকে; বেদন আক্ষেপজনক; সঞ্চাপে—বেদনার হ্রাস হয়।

(খ) আনুষঙ্গিক লক্ষণ :—কোষ্ঠবদ্ধতা অথবা উদরাময়। ইহাতে পাণ্ডু বা জড়িস্ বর্তমান থাকে না।

(গ) রোগীর বয়স ও জাতী :—যে কোন বয়সের স্ত্রী এবং পুরুষ জাতীর মধ্যে সমভাবেই ইহা প্রকাশ পায়।

(২) পিত্তশূল (Biliary colic) :—

(ক) বেদনার প্রকৃতি :—পিত্তশূলের বেদনা সাধারণতঃ দক্ষিণ কুক্ষি দেশ হইতে আরম্ভ করিয়া দক্ষিণ

দিক পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। এই বেদনা সর্বক্ষণ স্থায়ী ও কখন কখন আক্ষেপজনক হয়।

(খ) আনুষঙ্গিক লক্ষণ :—পিত্তশূলে শীঘ্র জড়িস্ উপস্থিত হয়; অত্যাশ্রিত পৈত্তিক লক্ষণ সমূহও প্রকাশ পাইতে পারে।

(গ) রোগীর বয়স ও জাতী :—প্রধানতঃ স্ত্রীলোকেরা ইহার অধিক বশবর্তী হয় এবং মধ্যবয়সে বা তাহার পরেই সাধারণতঃ পিত্তশূল উপস্থিত হইতে দেখা যায়।

(৩) মূত্রগ্রন্থির শূল (Renal colic) :—

(ক) বেদনার প্রকৃতি :—কটা প্রদেশে বিচ্ছিন্নবৎ বেদনা—যাহা নিম্নে উরু এবং অণ্ডকোষ বা ওভারী (ডিম্বকোষ) পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়।

(খ) আনুষঙ্গিক লক্ষণ :—মূত্রের সহিত ক্ষুদ্র প্রস্তরবৎ খণ্ড বা অল্প শক্ত পদার্থ নির্গমন, মূত্রে রক্ত বর্তমান, এবং মূত্রাশ্রুতা দেখা যায়; জড়িস্ বর্তমান থাকে না। ইহাতে কখন কখন পুনঃ পুনঃ মূত্র ত্যাগ হয়।

(গ) রোগীর বয়স ও জাতী :—সাধারণতঃ পুরুষেরাই এই পীড়ায় অধিক বশবর্তী। অল্পবয়স্ক বালক ও পূর্ণবয়স্ক ব্যক্তি সমভাবেই আক্রান্ত হইয়া থাকে।



লেখক-ডাঃ শ্রীসতীভূষণ মিত্র B. Sc. M, B.

মেম্বর অব ছেট মেডিক্যাল ক্যাকাল্টি (বেঙ্গল)

কলিকাতা

—•••—

(১) কালাজ্বর নির্ণায়ক এন্টিমনি পরীক্ষার উন্নত ও পরিবর্তিত প্রণালী

ইতিপূর্বে কালাজ্বর নির্ণায়ক এন্টিমনি পরীক্ষা (Antimony test in the diagnosis of Kala-Azar) এবং ইহার উপযোগিতা সম্বন্ধে বিস্তৃত আলোচনা করিয়াছি (১৩৩৫ সালের [২১শ বর্ষ] ৪র্থ সংখ্যার [প্রাবণ] ১৮৩ পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য)। কিছুদিন পূর্বে কলিকাতা স্কুল অব ট্রপিক্যাল মেডিসিনে যে সভা আহূত হইয়াছিল, ঐ সভায় লেফ্‌ন্যান্ট কলোনেল আর, এন, চোপরা (Lient. col, R. N. Chopra M. A. M. D. Major. I. M. S.) মহোদয় কালাজ্বরে এন্টিমনি পরীক্ষার একটি উন্নত ও পরিবর্তিত প্রণালী প্রদর্শন করিয়াছিলেন। বিভিন্ন স্থানের বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকগণ কর্তৃক এই নূতন প্রণালী পরীক্ষিত হইতেছে। সম্প্রতি বোম্বাই গ্র্যান্ট মেডিক্যাল কলেজের পরীক্ষাগার (research department)

হইতে Dr. P. V. Gharpure M. D. (Bom.) মহোদয় এই প্রণালীটি পরীক্ষা করিয়া তদসম্বন্ধে যে বিবরণ প্রকাশ করিয়াছেন এস্থলে তাহার সারমর্ম উদ্ধৃত হইল।

Dr. Gharpure লিখিয়াছেন—

“লেফ্‌ন্যান্ট কলোনেল আর, এন, চোপরা মহোদয়ের উদ্ভাবিত নূতন পরীক্ষা-প্রণালীর উপযোগিতা পরীক্ষার্থ কয়েকটি জেলার কয়েকটি বিভিন্ন স্থান নির্বাচন করা হইয়াছিল। গত এপ্রিল মাসে খানডালায় (Khandala) টাটা কোম্পানির কন্‌ট্রাকসন বিভাগের অনেক লোকের এই পরীক্ষা করা হয়। এই পরীক্ষার ফল অধিকাংশ স্থলেই সন্তোষজনক হইতে দেখা গিয়াছে। কিরূপে এই পরীক্ষা (test) করা হয়, নিয়ে তাহা উল্লিখিত হইল।

অঙ্গুলী বিদ্ধকরণ পরীক্ষা (Finger prick test) : -এন্টিমনি টেষ্টের জন্য অঙ্গুলী বিদ্ধ করিয়া রক্তগ্রহণ করিতে হয় বলিয়া ইহাকে “অঙ্গুলীবিদ্ধকরণ পরীক্ষা” বলা হয়।

এই পরীক্ষার্থ প্রথমতঃ ১টি ছোট টেষ্ট টিউবে ২% পারসেন্ট পটাশিয়াম অক্সালেট সলিউশন ০.২৫ সি, সি, পরিমাণ

(0.25 c. c. of 2% solution of potassium oxalate) রাখিতে হইবে। তারপর রোগীর যে আঙ্গুল হইতে রক্তগ্রহণ করিতে হইবে, ঐ আঙ্গুলটি শুষ্ক করতঃ উহার অগ্রভাগে একটি বিশোধিত নিডল বিদ্ধ করিয়া রক্ত বাহির করিতে হইবে। এই রক্তবিন্দু উপরিউক্ত পটাশিয়াম অক্সালেট সলিউশনপূর্ণ টেষ্ট টিউবে ফেলিতে হইবে। অতঃপর এই রক্ত মিশ্রিত সলিউশনের কিছু পরিমাণ আরও অধিকতর ছোট টিউবে (৫/৬ মিলিমিটার ব্যাসযুক্ত টেষ্ট টিউব) ঢালিয়া, এই টিউবটি কয়েক মিনিট স্থির ভাবে রাখিয়া দিতে হইবে। ইহাতে এই টেষ্ট টিউবের মধ্যস্থ সলিউশন হইতে রক্ত কণিকাগুলি (blood corpuscles) একত্রীভূত হইয়া পৃথক হইবে এবং নির্মল পরিষ্কার সলিউশন পৃথক হইয়া যাইবে। এক্ষণে ঐ পরিষ্কার জলীয় অংশের মধ্যে উহার সম পরিমাণ ৪% পাসেস্টে ইউরিয়া ষ্ট্রিমায়াইন সলিউশন যোগ করিতে হইবে। ইহাতে যদি টিউবের নীচে তলানি (precipitate) পড়ে বা উহা ধক্ধকে জেলিবৎ (flocculation) হয়, তাহা হইলে বুঝিতে হইবে যে, রোগীর কালাজর হইয়াছে।

(২) কার্বাকুল—ফলপ্রদ চিকিৎসা Effective treatment of Carbuncle.

সম্প্রতি বিভিন্ন পত্রে কার্বাকুল পীড়ার চিকিৎসার্থে কয়েকটি ফলপ্রদ চিকিৎসা-প্রণালী প্রকাশিত হইয়াছে উহাদের সারমর্ম এস্থলে উদ্ধৃত হইল।

(১) কার্বাকুলের প্রাথমিক অবস্থায় ১—৩ শক্তির কার্বলিক এসিড ২—৩ মিনিম মাত্রায় আক্রান্ত স্থানের চতুষ্পার্শ্বে অর্ধ হইতে এক ঘণ্টান্তর কয়েকবার ইঞ্জেকশন দিলে প্রারম্ভেই উহা দমিত হয়। (practitioner)

(২) ভেসেলিনের সহিত শতকরা ১৫ ভাগ গার্লিক য়স মিশ্রিত করতঃ অয়েন্টমেন্ট প্রস্তুত করিয়া কার্বাকুল, ফোটক প্রভৃতির প্রারম্ভে উহাদের উপর প্রয়োগ করিলে অল্পরেই উহারা দমিত হয়। (practitioner)

(৩) অ্যায়োডিন সলিউশন ৪ ভাগ ও এসিটোন ১০ ভাগ একত্র মিশ্রিত করিয়া, কার্বাকুলের প্রারম্ভে উহার উপর প্রলেপ (paint) দিলে অধিকাংশ স্থলেই উহা অল্পরেই দমিত হয়। ইহা প্রলেপ দেওয়ার পূর্বে প্রথমতঃ সাবান জল ও ইথার দ্বারা আক্রান্ত স্থান ধোত ও পরিষ্কার করা কর্তব্য। (Journal of Public Health)

(৪) Dr. Albert. Morison M. D. নামক জনৈক বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক কার্বাকুলে নিম্নলিখিতরূপে সালফেট অব ম্যাগ্নেশিয়া প্রয়োগ করিয়া সম্ভাবজনক উপকার প্রাপ্তির বিষয় প্রকাশ করিয়াছেন।

“প্রথমতঃ ৪ আউন্স (১/৪ পাউণ্ড) শুষ্ক সালফেট অব ম্যাগ্নেশিয়া ১১ আউন্স ১ : ১০ শক্তির গ্লিসারিন এসিড কার্বলিক (Glycerini-Acidi-Carbolic) এর সহিত মিশ্রিত করিতে হইবে। সালফেট অব ম্যাগ্নেশিয়াকে এইরূপভাবে শুষ্ক করিতে হইবে—যেন সাধারণ ম্যাগ্নেশিয়া অপেক্ষা উহাতে ১২% জলীয়ভাগ কম থাকে। এইরূপ শুষ্ক সালফেট অব ম্যাগ্নেশিয়াকে যুগ্ম চূর্ণ করতঃ, ১টা উচ্চ মর্টারে প্রথমতঃ “গ্লিসারিন এসিড কার্বলিক” (১ : ১০) রাখিয়া, উহার মধ্যে ক্রম ক্রমে অল্প অল্প করিয়া উক্ত শুষ্ক ম্যাগ্ সালফ দিতে হইবে এবং সঙ্গে সঙ্গে উচ্চ পেটল (pestle) দ্বারা মাড়িয়া উহা মিশ্রিত করিতে হইবে। এইরূপে মর্দন ও মিশ্রিত করার পর যখন উহা খেত বর্ণের ক্রিম আকারে পরিণত হইবে, তখন উহা এরূপ একটা ছিপিবদ্ধ জারে রাখিতে হইবে—যাহাতে কোন ক্রমে বায়ু প্রবেশ করিতে না পারে। কারণ, বায়ুর সংস্পর্শে আসিলে উক্ত মিশ্র জলীয় আকারে পরিণত হইয়া যায়।

অতঃপর উক্ত দ্রবে একখণ্ড বিশোধিত লিণ্ট ডিজাইয়া

উহা কার্কাঙ্কলের উপর (আক্রান্ত স্থানের চতুর্দিকের কতকটা স্থান ব্যাপিয়া) বসাইয়া দিয়া একখানি বিশোধিত বস্ত্র দ্বারা উহা ঢাকিয়া দিতে হইবে। অনন্তর ইহার উপর এব্‌সরবেন্ট তুলা স্থাপন করতঃ ব্যাণ্ডেজ বান্ধিয়া দিতে হইবে। ২—২৪ ঘণ্টা পরে এই ড্রেসিং পরিবর্তন করিয়া পুনরায় ঐরূপ ভাবে ড্রেস করা কর্তব্য। কার্কাঙ্কলের শ্রাব দ্বারা ড্রেসিং ভিজিয়া গেলে এত সময়ের পূর্বেও ড্রেসিং পরিবর্তন করিয়া পুনরায় ঐরূপভাবে ম্যাগসালফ দ্রব দ্বারা ড্রেস করিয়া দিতে হইবে।

উল্লিখিতরূপে কয়েকদিন কার্কাঙ্কলে ম্যাগসালফ প্রয়োগ করিলে কার্কাঙ্কলের মধ্যবর্তী সমুদয় স্লাফ (slough) পৃথক হইয়া যায় এবং সুস্থ মাংসাত্মক (healthy granulation) উদ্ভূত হইয়া থাকে। অধিকাংশ স্থলেই দেখা গিয়াছে—২।৩ বার ঐরূপ ভাবে ম্যাগসালফের ড্রেসিং প্রয়োগ করার পরই রোগী বিশেষ উপশম বোধ করে—কার্কাঙ্কল হইতে স্লাফ সম্পূর্ণরূপে দূরীভূত, কার্কাঙ্কলে সুস্থ মাংসাত্মক উদ্ভূত এবং প্রদাহ সম্পূর্ণরূপে উপশমিত হয়।

কার্কাঙ্কল হইতে সমুদয় স্লাফ দূরীভূত হইবার পর, ৩০ আউন্স ফুটিত জলে (boiling water) ১০ আউন্স গ্লিগারিন মিশ্রিত করিয়া উহাতে ৪০ আউন্স সালফেট অব ম্যাগ্নেশিয়া দ্রব করতঃ বিশোধিত করণান্তর এই দ্রবে একখণ্ড লিট ভিজাইয়া, ঐ লিট দ্বারা কার্কাঙ্কলের গহ্বর (cavity) পূর্ণ করিয়া দিতে হইবে। ঐরূপে প্রত্যহ একবার করিয়া ড্রেস করিলে শীঘ্রই ক্ষত শুক হইয়া যাইবে। (Modern technique of treatment.)

(৫) কার্কাঙ্কলের বিস্তৃতি ও প্রাবল্য দমনার্থ, আক্রান্ত স্থানের উপর ১৫—২০% পাসেণ্ট স্যালিসিলিক কলোডিয়াম (Salicylic collodium 15%—20%) প্রলেপ (paint) দিলে বিশেষ সফল পাওয়া যায় বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে (Jour. Ame. Med. Assoc.)

(৬) কার্কাঙ্কল পরিণত অবস্থাপ্রাপ্ত এবং স্লাফে পূর্ণ হইলে নর্থ্যাল হর্শ সিরাম ০—২০ সি, সি, মাত্রায় ইঞ্জেকসন করিলে সন্তোষজনক উপকার পাওয়া যায় বলিয়া কথিত হইয়াছে। প্রথম ৩টা ইঞ্জেকসন ২৪ ঘণ্টার মধ্যে দেওয়া কর্তব্য। প্রথম ইঞ্জেকসনের পর স্থানিক প্রতিক্রিয়া হইতে দেখা যায়। ৪৮ ঘণ্টার পরেই অধিকাংশস্থলে বস্ত্রাদি এবং স্লাফ দূরীভূত হইয়া থাকে। স্লাফ দূরীভূত হইবার পর কার্কাঙ্কলে বালসাম পেরু (Balsam of Peru) প্রয়োগ করিলে সম্বর ক্ষত শুক হইয়া যায়।

(Jour. Anre. Med. Assoc.)

(৭) যদি কার্কাঙ্কলে অস্ত্রোপচার করা হইয়া থাকে, তাহা হইলে অস্ত্রোপচার করার পর, উষ্ণ বোরিক এসিড লোসনে গঙ্গা মিক্ত করিয়া তদ্বারা ক্ষতগহ্বর পূর্ণ করিয়া তৎপরি তুলার পাতলা একটা স্তর স্থাপন করতঃ ড্রেস করিয়া দিতে হইবে। প্রতি দুই ঘণ্টান্তর এই ড্রেসিং পরিবর্তন করা কর্তব্য। তারপর ২৪ ঘণ্টা পরে এই ড্রেসিং এর পরিবর্তে ডেকিন সলিউশন, বা ডাইক্রোরোমাইন কিবা রোরোজেন লোসনে (১ আউন্স জলে ১—২ ড্রাম) ক্ষতে ড্রেস করিলে শীঘ্রই ক্ষত শুক হইয়া যায়।

(Eedocrin Survey)



সেপ্টিক সোর—(Septic sore)

লেখক—ডাঃ শ্রীনরেন্দ্রকুমার দাস M. B. M. C, P & S. (C. P. S)
M. R. I. P. H. (Eng.)



রোগিণী :—একটি ২১০ বৎসর বয়স্কা বালিকা।
প্রায় ২১০ সপ্তাহ হইতে বালিকাটি পাঁচড়ায় ভুগিতেছিল।
হঠাৎ একদিন ইহার ডান হাতের বৃদ্ধাঙ্গুলি ও তর্জণী অঙ্গুলির
মধ্য স্থানে একটি ছোট ফুসুরী হয়। ফুসুরীটিতে অত্যন্ত
চুলকান বর্তমান ছিল। সম্ভবতঃ নিদ্রিত অবস্থায় অজানিত
ভাবে ফুসুরীটা চুলকাইয়া ছিল। পরদিন প্রাতে দেখা
যায় যে—উহা একটি ছোট ক্ষতে পরিণত হইয়াছে এবং
তর্জণী ও মধ্যমা অঙ্গুলির মধ্যবর্তী স্থানেও ঐরূপ আর একটি
ক্ষত দেখা দিয়াছে। এই সঙ্গে হাতের কন্ডী হইতে সমস্ত
হাতখানিই অত্যন্ত ফুলিয়া গিয়াছে। একজন চিকিৎসক
একটি মলম তৈয়ারী করিয়া দিয়াছিলেন, কিন্তু
তাহাতে বিশেষ কোনও উপকার হয় নাই। হাতের
প্রদাহ ও ক্ষতি ক্রমশঃ বৃদ্ধি এবং ক্ষত পচনশীল
বলিয়া সন্দেহ হওয়ায়, গত ২১/১০/১১ তারিখে আমি আহৃত
হই।

ক্ষত ও ক্ষতিস্থান পরীক্ষা করিয়া সেপ্টিক-সোর
(Septic Sore—দূষিত ক্ষত) বলিয়া মনে হইল।
অনুসন্ধান লইয়া জানিলাম—বালিকাটির প্রত্যহ বৈকালে
১০০—১০১ ডিগ্রি জ্বর হইয়া থাকে এবং এই জ্বর সমস্ত
রাত্রি ভোগের পর প্রাতঃকালে ত্যাগ হয়।

চৈত্র—৬

ক্ষতের অবস্থা দেখিয়া উহা ভীবাণু-সংক্রমণ জনিত
দূষিত ক্ষত বলিয়া সন্দেহ করতঃ, নিম্নলিখিত ব্যবস্থা
করিলাম।

১। Re.

মিরড ষ্ট্যাফিলোকক্কাস ভ্যান্ডিন ১নং *

১/৩ সি, সি,। (I. M. L.)

এক মাত্র। একবারে হাইপোডার্মিক ইন্জেকশন
দেওয়া হইল।

২। উক্ত বিশোধিত জলে বোরিক তুলা ভিজাইয়া
তদ্বারা ক্ষতগুলি পরিষ্কার করিয়া, তার পরে হাইড্রোজেন
পারক্সাইড দিয়া ধৌত করতঃ উহা মুছিয়া, ক্ষতোপরি
মুলফোর্ড কোম্পানীর বিসমথ-ফরমিক আয়োডাইড
(Bismuth formic-Iodide—Mulford) ছড়াইয়া,
তুলা দ্বারা ব্যাণ্ডেজ বান্ধিয়া দেওয়া হইল। সেবনার্থ
নিম্নলিখিত মিশ্র ব্যবস্থা করিলাম।

* ইণ্ডিয়ান মেডিক্যাল লেনোরেটরী লিমিটেডের এই ভ্যান্ডিনের
১নং এম্পুলের প্রতি সি, সি, তে—ষ্ট্যাফিলোকক্কাস অরিয়েস ১০০
মিলিয়ন, ষ্ট্যাফিলোকক্কাস সাইট্রাস ১০০ মিলিয়ন এবং
ষ্ট্যাফিলোকক্কাস এলবাস ২০০ মিলিয়ন থাকে।

৩। Re.

লাইকর এমন সাইট্রেট	... ২০ মিনিম।
সোডি বাইকার্ব	... ৫ গ্রেণ।
সোডি সাইট্রাট	... ৫ গ্রেণ।
সোডি বেঞ্জোয়াস	... ২ গ্রেণ।
স্পিরিট এমন এরোমেট	... ১০ মিনিম।
সিরাপ অরেল্লাট	... ১২ ড্রাম।
একোয়া	... ৪ ড্রাম।

একত্র একমাত্রা।। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য।

৩।১।৩১ প্রাতঃকালে—হাতের ব্যাণ্ডেজ খুলিয়া দেখা গেল যে, পূর্বোক্ত ২টি ক্ষতের পরিবর্তে এক্ষণে ৬টি ক্ষত দেখা গিয়াছে। ক্ষত গুলিতে প্লাফ্ আছে। হাতের ক্ষীতি কিঞ্চিৎ কম। যন্ত্রণা পূর্ববৎ। পূর্বদিন বৈকালে বথানিয়মে জ্বর আসিয়াছিল।

এই দিনও পূর্ববৎ হাইড্রোজেন পারক্সাইড ও উষ্ণ জল দ্বারা ক্ষত ধুইয়া ক্ষতোপরি নিম্নলিখিত ঔষধ চূর্ণাকারে প্রয়োগ করিয়া ড্রেস করার ব্যবস্থা করা হইল।

৪। Re.

পালভ এন্টিসেপ্টিন ... যথাপ্রয়োজন।

ক্ষতগুলির উপর ইহা ছড়াইয়া দিয়া তত্পরি তুলা স্থাপন করতঃ ব্যাণ্ডেজ বান্ধিয়া দেওয়া হইল। সেবনার্থ নিম্নলিখিত ঔষধ ব্যবস্থা করিলাম—

৫। Re.

কুইনাইন হাইড্রোক্লোর	... ২ গ্রেণ।
এসিড এন, এম, ডিল	... ৫ মিনিম।
টাইফেরি পারক্লোর	... ৩ মিনিম।
গ্লিসারিন (পিওর)	... ১/২ ড্রাম।
একোয়া	... এড্ ১/২ আউন্স।

একত্র একমাত্রা। ৩ ঘণ্টান্তর প্রত্যহ দুই মাত্রা সেব্য।

৬। Re.

লিকুইড ইক্সেসিন	... ১ মিনিম।
জল	... ৪ ড্রাম।

একত্র এক মাত্রা। প্রত্যহ তিন বার সেব্য।

২।১।৩১—অথ হাতের ব্যাণ্ডেজ খুলিয়া দেখা গেল,

ক্ষতের অবস্থা অনেকটা ভাল, প্লাফ্ আর নাই। হাতের ফুলাও অনেকটা কম। শুনিলাম—গত কল্যা জরও অনেক কম ছিল। অথও পূর্বদিনের জ্বর ঔষধের ব্যবস্থা করা হইল।

৩।১।৩১—অথ ক্ষতের অবস্থা পূর্বোক্তোক্ত উন্নত, প্লাফ্ আদৌ নাই, ক্ষীতি খুব কম। অথ নং ব্যবস্থোক্ত ডায়লিন ২/৩ সি, সি, মাত্রায় পুনরায় ইঞ্জেকসন করা হইল। অত্যাশ্র ঔষধ পূর্ববৎ।

উল্লিখিত চিকিৎসায় ৩৪ দিনের মধ্যেই জ্বর বন্ধ ও ক্ষতও সুস্থ মাংসাকুর উদ্গত হইয়া ক্ষত আরোগ্যানুধ হইল। অতঃপর ক্ষত নিম্নলিখিতরূপে ড্রেস করার ব্যবস্থা করা হইল।

৭। Re.

পালভ এন্টিসেপ্টিন ... ২ ড্রাম।

গব্য দ্বিতে নিম্নের পাতা ভাজিয়া ঐ দ্বিতে সজে ইহা মিশাইয়া মলম প্রস্তুত করতঃ, এই মলম ক্ষতে প্রয়োগ করিবার উপদেশ দিলাম। আধপোয়া দ্বিতে কতকগুলি নিম্নের পাতা ভাজিয়া উহা ছাঁকিয়া লইয়া, এই দ্বিতে ১ তোলা আন্দাজ লইয়া তাহাতে পালভ এন্টিসেপ্টিন মিশাইয়া মলম প্রস্তুত করিতে বলা হইল।

অত্যাশ্র ঔষধ বন্ধ করিয়া সেবনার্থ নিম্ন ঔষধ ব্যবস্থা করা হইল।

৮। Re.

সিরাপ হিমোজেন উইথ গোল্ড

এণ্ড সারসা ... ১ ড্রাম।

জলসহ আহায়ে দুইবার সেব্য।

এইরূপ ব্যবস্থায় বালিকাটির ক্ষত ৭।৮ দিনের মধ্যেই আরোগ্য হইয়াছিল।

মন্তব্যঃ—বালিকাটির ক্ষত যে দূষিত হইয়াছিল, তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই। ষ্ট্যাফিলোকক্কাস ডায়লিন ইঞ্জেকসন এবং তৎসহ এন্টিসেপ্টিন দ্বারা ক্ষত ড্রেস করার শীঘ্রই ক্ষত আরোগ্য হইয়াছিল। লিকুইড ইক্সেসিন জীবাণুজনিত যে কোন পীড়ায়—অত্যাশ্র চিকিৎসাদির সঙ্গে সেবন করাইলে বিশেষ সুফল পাওয়া যায়। ইহাতে সহর রোগারোগ্য সাধিত হইয়া থাকে।

বিশেষত্বপূর্ণ তরুণ ব্যাসিলারি রক্তামাশয় A peculiar case of acute bacillary Dysentery.

লেখক ডাঃ এম, জি, রামচন্দ্র রাও M. B. C. M.,
Chief Medical and Sanitary officer.

Maharaja's Hospital, Pudukota.

রোগী :- জনৈক পুলিশ কন্স্টেবল, নাম নারায়ণ নায়াং, বয়ঃক্রম ২৭ বৎসর। গত ৬ই নবেম্বর (১৯৩০) প্রাতে এই ব্যক্তি টাউন হস্পিটালে ভর্তী হয়। শুনিলাম— ৩ দিন হইতে কোষ্ঠবদ্ধ সহ রোগী প্রবল জরে ভুগিতেছে। ভর্তীকালীন রোগীর ১০৪ ডিগ্রি জ্বর ছিল।

বর্তমান অবস্থা :- রোগীকে পরীক্ষা করিয়া নিম্নলিখিত অবস্থা জ্ঞাত হওয়া গেল।

- (ক) রোগী সবেল যুবক।
- (খ) উত্তাপ ১০৪ ডিগ্রি।
- (গ) নাড়ীর (pulse) স্পন্দন প্রতি মিনিটে ১২০ বার।
- (ঘ) শ্বাসপ্রশ্বাস প্রতি মিনিটে ২০ বার।
- (ঙ) হৃদস্পন্দন প্রথমে প্রতি মিনিটে ১২০, তদপরে স্বাভাবিক।
- (চ) রক্তে ম্যালেরিয়া প্যারাসাইট (ম্যালেরিয়া জীবাণু) নাই।
- (ছ) কাশি বা সর্দি নাই। কুস্কুস্ব স্বাভাবিক।

চিকিৎসা :- রোগীকে এসপিরিন ও ঘর্মকারক মিশ্র সেবনার্থ, মস্তকে ঠাণ্ডা জল প্রয়োগ এবং অল্প পরিষ্কারার্থ মিস্যারিন এনিমার ব্যবস্থা করা হইল।

মিস্যারিন এনিমা প্রয়োগের পর এই দিন বেলা ৮টার পূর্বে ৩বার জলবৎ দাঁত হওয়ায় ১০ গ্রেণ মাত্রায় বিসমাদ সাব নাইট্রেট সেবন করান হইয়াছিল।

৬/১১/৩০ সন্ধ্যাকালে :- উত্তাপ ১০৪.৫ ডিগ্রি হওয়ায় ১ মাত্রা পাইরামিডিন সেবন এবং মস্তকে বরফ প্রয়োগের ব্যবস্থা করা হয়।

৬/১১/৩০ রাত্রি ১২টা :- এই সময় সহসা রোগীর প্রচুর পরিমাণে রক্তভেদ হয়। রক্তের পরিমাণ প্রায় ১ পাইন্ট। দাঁতে স্লেমা (আম—Mucous) বা মল আদৌ ছিল না। নির্গত রক্ত ভয়ানক দুর্গন্ধযুক্ত এবং খোর লালবর্ণ। রাত্রি ২টার সময় এবং রাত্রি ৫টার সময় পুনরায় উল্লিখিতরূপ রক্তভেদ হইল। এই সময়ে যে সাব-এসিষ্ট্যান্ট সার্জেন ডিউটিতে ছিলেন, তিনি ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট ১০ গ্রেণ মাত্রায় অল্প ঘণ্টান্তর প্রয়োগ করিয়াছিলেন।

৭/১১/৩০ প্রাতে :- এই সময় রোগীকে নিম্নলিখিত অবস্থাপন্ন দেখা গেল—

- (ক) রোগীর অবস্থা খুব খারাপ, রোগী অত্যন্ত অবসাদগ্রস্ত।
- (খ) নাড়ী ক্ষীণ ও দুর্বল স্পন্দন প্রতি মিনিটে ৯২ বার।
- (গ) সর্বাঙ্গ ঘর্ষাভিষিক্ত।
- (ঘ) উত্তাপ ১০০.৬ ডিগ্রি।
- (ঙ) ১০টার পূর্বে পর্যন্ত আরও দুইবার উপরিউক্ত প্রকারের রক্তভেদ হইয়াছে।

চিকিৎসা :- অল্প ১/১০০ গ্রেণ আর্গটিন সাইটেট ইঞ্জেকশন এবং এই সঙ্গে ক্যালশিয়াম ল্যাক্টেট পূর্ববৎ সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

রোগনির্ণয়ঃ—উল্লিখিত প্রকার রক্তভেদের কারণ সঠিকভাবে বুঝিয়া উঠা কঠিন হইল। কারণ, এইরূপ রক্তভেদ নিম্নলিখিত কয়েকটি কারণে হইতে পারে। যথা—

- (১) রক্তস্রাবী অর্শ (Bleeding piles) হইতে রক্তস্রাব;
- (২) টাইফয়েড ফিভারের রক্তস্রাব;
- (৩) ম্যালেরিয়া বশতঃ রক্তস্রাব;
- (৪) তরুণ রক্তমাশয়ের রক্তস্রাব;

উল্লিখিত কয়েক প্রকারেই রক্তস্রাব হইতে পারে। কিন্তু মলবার পরীক্ষায় অর্শের কোন চিহ্ন পাওয়া গেল না। সুতরাং অর্শ হইতে রক্তস্রাব হয় নাই। রোগীর অন্ন মাত্র তিন দিন হইয়াছে, সুতরাং টাইফয়েড বলিয়াও নির্ণয় করা যায় না; রক্ত পরীক্ষায় রক্তে ম্যালেরিয়া জীবাণু পাওয়া যায় নাই। সুতরাং ম্যালেরিয়াও সিদ্ধান্ত করা বাইতে পারে না। সুতরাং বাকী রহিল—তরুণ রক্তমাশয়। উপস্থিত ইহাই সিদ্ধান্ত করা হইল। মলের আণুবীক্ষণিক পরীক্ষা করা হয় নাই। কারণ দান্তে আদৌ মল বা শ্লেষ্মা নির্গত হয় নাই।

ব্যবস্থা :—যাহা হউক, উল্লিখিত সিদ্ধান্তের বশবর্তী হইয়া নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করা হইল।

১। Re.

এন্টিডিসেন্টেরী সিরাম ... ১০ সি, সি, ।
এক মাত্রা। ইঞ্জেকসনরূপে প্রযোজ্য।

২। Re.

টাই ফ্লোকাহাস ... ২০ মিনিম।
এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন ৩০ মিনিম।
সিরাম সিম্প্লেস ... ২ ড্রাম।
একোয়া ক্লোরফরম ... ৬ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ১ আউন্স মাত্রায় ২ ঘণ্টাস্তর প্রতি মাত্রা সেবা। এতদ্বির পথ্যার্শ বার্গি ওয়াটার এবং সেই সঙ্গে মুকোজ ও গুলাইন সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

৭। ১। ৩০ বেলা ১২টা—এই সময় রোগীর পুনরায় পূর্ববৎ রক্তভেদ হওয়ায় আর্গটিন সাইট্রেট ১/১০০ গ্রেণ মাত্রায় একবার ইঞ্জেকসন করা হইল।

৭। ১। ৩০ বেলা ৩টা—এই সময় রোগীর পুনরায় প্রচুর রক্তভেদ হইল। রক্ত ঘোর লাল ও অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত। এই অবস্থায় পার্ক ডেভিস কোম্পানির হিমোপ্লাস্টিন (Haemoplastin—P. D. & Co's) ২ সি, সি, মাত্রায় এঃবার ইন্ট্রামাস্কিউলার ইঞ্জেকসন করা হইল।

৭। ১। ৩০ বেলা ৫—১৫ মিনিটের সময়—বেলা ৩টার ছায়া পুনরায় একবার রক্তভেদ হওয়ায় নিম্ন লিখিত ব্যবস্থা করা হইল—

- (ক) ২ সি, সি, মাত্রায় হিমোপ্লাস্টিন ইঞ্জেকসন;
- (খ) ১ আউন্স ষ্টার্চ ওয়াটারে ট্যানিক এসিড ও ১০ মিনিম এড্রিনালিন ক্লোরাইড সলিউশন (১ : ১০০০) মিশ্রিত করিয়া সরলান্ত্রে এনিমা দেওয়া হইল।
- (গ) পূর্বোক্ত ২নং মিকশচার পূর্ববৎ।

৭। ১। ৩০ সন্ধ্যাকালে—উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি

হইয়াছে দেখা গেল।

এই দিন রাত্রি ১০টার সময় একবার এবং রাত্রি ১২—৩০ মিনিটের সময় একবার প্রায় ১২ পাইন্ট পরিমাণ রক্তভেদ হইল। এই সময় আর এক মাত্রা (১/১০০ গ্রেণ) আর্গটিন সাইট্রেট ইঞ্জেকসন করা হইয়াছিল।

৮। ১। ৩০ প্রাতে—উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি, নাড়ীর

স্পন্দন প্রতি মিনিটে ৮০, শ্বাসপ্রশ্বাস ২২। রোগী কণ্ঠস্থ সুস্থতা অনুভব করিতেছে। পূর্বোক্ত ২নং মিকশচার ও পথ্য পূর্ববৎ সেবনের এবং আর্গটিন সাইট্রেট (১/১০০ গ্রেণ মাত্রায়) ২বার করিয়া ইঞ্জেকসনের ব্যবস্থা করা হইল।

৮। ১। ৩০ সন্ধ্যাকালে—উত্তাপ ১০১ ডিগ্রি, উদরের ডান দিকে বেদনা, নাড়ী ৯৮, শ্বাসপ্রশ্বাস ২২। ব্যবস্থা পূর্ববৎ, রক্তভেদ হয় নাই।

১১/১১/৩০ প্রাতে—গত রাত্রে আর রক্তভেদ হয় নাই, রোগীর স্ননিদ্রা হইয়াছিল। উত্তাপ ১০০ ডিগ্রি; নাড়ী ৮২, শ্বাসপ্রশ্বাস ২২; ঔষধ ও পথ্য পূর্ববৎ।

এই দিন সন্ধ্যাকালে উত্তাপ ১০৩.৬ ডিগ্রি; নাড়ী ১১০; শ্বাসপ্রশ্বাস ২২ হইয়াছিল। ইভাপোরোটং লোসন মাপায় প্রয়োগের এবং ৫ গ্রেণ এস্পিরিণ সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

এই দিন প্রাতঃকাল হইতে রোগীর ৪ বার দান্ত হইয়াছিল। দান্তে সবুজাভ রংএর মল ও সামান্য রক্ত এবং উহা অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত ছিল। পূর্বোক্ত ২নং মিক্শচার সহ লাইকর এমোন এসিটেট এবং ৫ গ্রেণ মাত্রায় ৩ বার স্থালোল সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

১০/১১/৩০ প্রাতে—উত্তাপ ১০৪ ডিগ্রি; নাড়ী ৮৬; শ্বাসপ্রশ্বাস ২০। গত রাত্রে ২বার পূর্বদিনের তায় দান্ত হইয়াছিল। রাত্রে রোগীর স্ননিদ্রা হইয়াছিল। রোগীর অবস্থা আজ অনেকটা ভাল। আণুবীক্ষণিক পরীক্ষার্থ মল প্রেরিত হইয়াছিল এবং যদিও রোগীর মল বর্তমানে ব্যাসিলারি ডিসেণ্টারীর তায় দেখা গিয়াছিল, তথাপি মল পরীক্ষার ফলে কোন স্থির সিদ্ধান্তে উপনীত হইবার সুবিধা ঘটে নাই।

এই দিন সন্ধ্যাকালে উত্তাপ ৯৯.৪; নাড়ী ৮৬; শ্বাসপ্রশ্বাস ২২ এবং দান্ত দুইবার হইয়াছিল। ব্যবস্থা পূর্ববৎ।

১১/১১/৩০—অন্ত পুনরায় মল পরীক্ষা করা হইল। মলের আণুবীক্ষণিক পরীক্ষায়, মলে প্রচুর পরিমাণে ম্যাক্রোফেজ (Macrophages) ও সেন্সলার স্রাব এবং লাল রক্তকণিকা ও সোডিয়াম-এমোনিয়াম ফক্ফেটের দানা দৃষ্ট হইয়াছিল। মল সবুজাভ পীত বর্ণ বিশিষ্ট ও রক্ত এবং শ্লেষ্মা সংযুক্ত ছিল। অল্প উত্তাপ স্বাভাবিক।

অন্ত পুনরায় ১০ সি সি, এন্টিডিসেণ্টারী সিরাম ইঞ্জেকশন করা হইল।

১১/১১/৩০ সন্ধ্যাকালে—উত্তাপ ৯৯ ডিগ্রি, সমস্ত দিনে পূর্বোক্তরূপ ৪ বার দান্ত হইয়াছিল। ঔষধ ও পথ্যাদি পূর্ববৎ।

১২/১১/৩০—উত্তাপ স্বাভাবিক, গত রাত্রিতে সামান্য পরিমাণে ১০ বার দান্ত হইয়াছিল। মল সবুজাভ এবং উহাতে শ্লেষ্মা ও রক্ত ছিল। অল্প রোগী পিপাসা অনুভব করিতেছে; জিহ্বা শুষ্ক হইয়াছে।

অল্প নিয়মিত ব্যবস্থা করা হইল—

(ক) Re.

এন্টিডিসেণ্টারী সিরাম ... ১০ সি, সি।
পূর্ববৎ ইঞ্জেকশন করা হইল।

(খ) Re.

লাইকর বিসমাণ ... ১ ড্রাম।

ক্যালসিয়াম ল্যাক্টাস ... ১৫ গ্রেণ।

একোয়া ক্লোরফর্ম ... এড্. ১ আউন্স।

একত্র মিশ্রিত করিয়া ইহা ১ আউন্স মাত্রায় প্রত্যহ ৩ বার করিয়া সেবনের ব্যবস্থা করা হইল। পূর্বোক্ত ২নং মিশ্র স্থগিত করা গেল।

এতদ্বির সামান্য বরফ সহ গ্লুকোজ ও স্থালাইন সেবন করিবার ব্যবস্থা করা হইল।

১২/১১/৩০ সন্ধ্যাকালে—উত্তাপ ৯৯.২ ডিগ্রি উদরে বেদনা নাই, সমস্ত দিনে ২ বার দান্ত হইয়াছে।

১৩/১১/৩০ প্রাতে—উত্তাপ স্বাভাবিক; নাড়ী (pulse) ৮২; শ্বাসপ্রশ্বাস ২২; গত রাত্রে রক্তবিহীন সামান্য পরিমাণে ৬ বার দান্ত হইয়াছিল। ঔষধাদি পূর্ব দিনের তায়।

এই দিন সন্ধ্যাকালে উত্তাপ ৯৮.৮ ডিগ্রি। সমস্ত দিনে সামান্য পরিমাণে ৩ বার দান্ত হইয়াছে; মল সবুজাভ পীতবর্ণ বিশিষ্ট এবং উহাতে রক্ত ছিল না। দুর্গন্ধ অনেক কম।

১৪/১১/৩০ প্রাতে—উত্তাপ স্বাভাবিক; নাড়ী ৮২; শ্বাসপ্রশ্বাস ২০, গত রাত্রে ৪ বার সামান্য পরিমাণে

দান্ত হইয়াছিল, উহাতে রক্ত ছিল না। অথ রোগীর আম বা দুর্গন্ধ নাই। রোগী সম্পূর্ণ সুস্থতা অনুভব
কুখা হওয়ায় হোয়ে এবং গ্রুয়েল কাঁজি পথ্যার্থ ব্যবস্থা করিতেছে।
করা হইল।

এই দিন সন্ধ্যাকালে উত্তাপ স্বাভাবিক, রোগীর
অবস্থা ভাল, সমস্ত দিনে দুইবার দান্ত হইয়াছিল।

১৫।১১।৩০—১৮।১১।৩০—এই কয়েক দিন
োগী ভালই ছিল, উত্তাপ স্বাভাবিক, প্রত্যাহ ২।৩ বর
করিয়া অল্প পরিমাণে রক্তবহীন প্রায় স্বাভাবিক দান্ত
হইয়াছে। এই কয়েক দিন পূর্কোক্ত পথ্যের সহিত ঝোল
দেওয়া হইয়াছিল।

১৮।১১।৩০—রোগী ভাল আছে। প্রত্যাহ
২ বার করিয়া পোড়ের ভাত, তৎসহ ঝোল এবং
অথ একটা কার্বিনেটিভ মিক্‌চার ব্যবস্থা করা
হইল।

১৯।১১।৩০—২০।১১।৩০ প্রত্যাহ একবার
করিয়া স্বাভাবিক ভাবে দান্ত হইয়াছে। মলে রক্ত,

২১।১১।৩০ তারিখে রোগীকে হস্পিট্যাল হইতে
বিদায় দেওয়া হইয়াছিল।

মন্তব্য :—এই রোগীর পীড়ার সম্বন্ধে বিশেষত্ব
এই যে—

- (১) পীড়ার অস্বাভাবিক আক্রমণ (unusual onset)
- (২) প্রথমাবস্থায় মলে আম, রক্ত বা পুঁজ বর্তমান ছিল না।
- (৩) সাংঘাতিক ভাবে হ্রুর পরিমাণে রক্তভেদ হইয়াছিল।
- (৪) পীড়ার প্রারম্ভেই এন্টিডিসেণ্টারী সিরাম প্রয়োগ করা হইয়াছিল এবং তাহাতে উপকার হইতে দেখা গিয়াছিল।

(Antiseptic Jan. 1931 P.47)

থাইরয়েড গ্রন্থির অতিস্রাবজনিত শিরঃপীড়া

Headache due to Hypersecretion of Thyroid gland

লেখক—ডাঃ জীবিশুভূষণ তরফদার L. C. P. S., M. D. (Homæo)

শান্তিপুর—নদীয়া

—:০০:—

ক্লোগিনী—জৈনক বিধবা ব্রাহ্মণ জীলোক ;
বয়সক্রম ৪০।৪৫ বৎসর। গত ২৬শে ফেব্রুয়ারী এই
জীলোকটির চিকিৎসার্থ আমি আহূত হই।

পূর্ব ইতিহাস :—রোগিনী অনেক দিন
হইতে বিবিধ পীড়ায় ভুগিতেছেন। স্বাস্থ্য বরাবরই ভাল
নহে। মধ্যে মধ্যে ম্যালেরিয়া জ্বর হয়। তিন বৎসর

পূর্বে বিধবা হইয়া আত্ম চাউলের ভাত খাইতে আরম্ভ
করেন। ইহার পর কিছুদিন জ্বর হয় নাই। এই
সময়ে শরীর বেশ দৃষ্ট হয়, কিন্তু মধ্যে মধ্যে শ্বাসকষ্ট
হ্রস্পন এবং শিরঃপীড়া হইতে থাকে। দেড় বৎসর
পূর্বে রোগিনীর এক প্রকার অবিরাম জ্বর হয়। এই
সঙ্গে শ্বাসকষ্ট, হ্রস্পন ও অত্যন্ত শিরঃপীড়া উপস্থিত

হইয়াছিল। বাহারা চিকিৎসা করিয়াছিলেন, তাহাদের মধ্যে কেহ টাইফয়েড্ এবং কেহ বা নিউমোনিয়া সিদ্ধান্ত করিয়াছিলেন। ২০।২২ দিন পরে জরের উপশম হইলেও, খাসকষ্ট, জ্বৰেপন এবং শিরঃপীড়া উপশমিত হয় নাই। জনৈক চিকিৎসক কি একটা ঔষধ শুকিতে দিতেন, তাহাতে শিরঃপীড়ার উপশম না হইয়া বরং বৃদ্ধি হইত। সময়ে সময়ে শিরঃপীড়া অত্যন্ত বৃদ্ধি এবং ফিটের মত হইয়া রোগিণীর সংজ্ঞা লোপ হইত। অতঃপর রোগিণীকে কলিকাতায় লইয়া যাইয়া চিকিৎসা করান হয়। চিকিৎসায় ঐ সকল উপসর্গ দূরীভূত হইয়া রোগিণী ৬ মাস সুস্থ ছিলেন। পূর্ন হইতে কোঠ ভাল পরিস্কৃত হয় না।

বর্তমানে এক মাস হইতে রোগিণীর সর্বদা মাথা ধরা, মাথা দপ্ দপ্ করা, বুক ধড়ফড়ানি, মধ্যে মধ্যে ফিট ও সংজ্ঞালোপ প্রভৃতি উপসর্গ উপস্থিত হইয়াছে। এই সঙ্গে সন্ধ্যাকালে প্রত্যহ জ্বর হইতেছে। এবারও দুইজন চিকিৎসক চিকিৎসা করিতেছেন, কিন্তু কোন উপশম হইতেছে না।

বর্তমান অবস্থা ৩:—রোগিণীকে পরীক্ষা ও জিজ্ঞাসাদি করিয়া নিম্নলিখিত বিষয়গুলি বিদিত হইলাম—

(ক) প্রত্যহ সন্ধ্যাকালে জ্বর হয়। জরীয় উত্তাপ ১০১ ডিগ্রির বেশী প্রায় হয় না। এই জ্বর তৎপরদিন বেলা ৯।১০টা পর্যন্ত থাকিয়া বিরাম হয়।

(খ) দাঁত ভাল খোলসা হয় না।

(গ) ক্ষুধা আদৌ নাই; সামান্যই আহার করেন, কিন্তু এই সামান্য আহার করিয়াও রোগিণীর শরীর শীর্ণ হয় নাই, অধিকন্তু শরীর হঠ পুটই হইয়াছে।

(ঘ) ফুস্ফুস পরীক্ষায় ফুস্ফুসের কোন দোষ দেখা গেল না।

(ঙ) হৃদক্রিয়া অতীব দ্রুত। হৃদপিণ্ডের স্পন্দন সংখ্যা মিনিটে ১৩০ বার।

(চ) সর্বদা অতীব যন্ত্রণাদায়ক শিরঃপীড়া! সময়ে সময়ে ইহা এত বৃদ্ধি হয় যে রোগিণী পাগলের স্থায় হন। অনেক সময়ে ইহাতে ফিট এবং সংজ্ঞালোপ হইয়া থাকে।

(ছ) রোগিণীর গলদেশে কণ্ঠস্থ ক্ষীত বলিয়া বোধ হইল।

(জ) রোগিণীর চক্ষের চাহনি বিশেষত্ব-পূর্ণ, সহসা ৩য় পাইলে স্বরূপ চোখের চাহনি হয়, রোগিণীর চোখের দৃষ্টিও তদ্রূপ।

পূর্ন চিকিৎসকগণের ব্যবস্থা-পত্রগুলি দেখিলাম। দেখিলাম—লক্ষণানুযায়ী প্রায় কোন ঔষধ প্রয়োগেরই ক্রটি হয় নাই। কিন্তু কোন ঔষধেই সফল হয় নাই। একজন চিকিৎসক এমিল নাইটেট্ ক্যাপসুল রুমালে ভাঙ্গিয়া উহা ঘ্রাণ লগিতে বলিয়াছিলেন। ইহাতে শিরঃপীড়ার উপশম না হইয়া বৃদ্ধি হইয়াছিল। কেহ ইহাকে অজীর্ণজনিত, কেহ স্নায়বিক, কেহ বা ম্যালেরিয়াজনিত শিরঃপীড়া নির্ণয় করিয়া তদুপযুক্ত ঔষধ দিয়াছেন। জনৈক চিকিৎসক ক্রমবর্দ্ধিত মাত্রায় পটাশ আয়োডাইড সেবন করাইয়া রোগিণীর প্রবল সর্দি আনয়ন (Iodism) করিয়াছেন। কিন্তু সব চেষ্টাই ব্যর্থ হইয়াছে।

কিছুদিন পূর্বে চিকিৎসা-প্রকাশের উপহার স্বরূপে প্রাপ্ত সুবিখ্যাত চিকিৎসক ডাঃ ত্রীযুক্ত সন্তোষকুমার মুখোপাধ্যায় এম, বি, প্রণীত এণ্ডোক্রিনোলজি (গ্রন্থিরসত্ত্ব) পুস্তক খানি পাঠে থাইরয়েড গ্রন্থির অতি স্রাবে এইরূপ হৃদময় শিরঃপীড়ার উদ্ভব হইতে পারে জ্ঞাত হইয়াছিলাম। বর্তমান রোগিণীরও গলদেশের ক্ষীতি, চক্ষুদ্বয়ের বিক্ষারিত ও ভীতিবিস্মল দৃষ্টি দর্শনে এবং প্রচলিত প্রায় বাবতীয় ঔষধের অকর্মণ্যতা দৃষ্টে ইহাও থাইরয়েড গ্রন্থির অতিস্রাবজনিত শিরঃপীড়া বলিয়া সন্দেহ হইল। নিঃসন্দেহ হইবার জন্ত রোগিণীর গলদেশ ভাল করিয়া পরীক্ষা করিয়া দেখিলাম—

থাইরয়েড গ্রন্থির বর্ধিতাবস্থা স্পষ্ট হস্তে অনুভূত হইল। সুতরাং এই শিরঃপীড়া যে, থাইরয়েড গ্রন্থির অতিশ্রাব জনিত, তাহাই স্থির ধারণা হইল।

চিকিৎসা :—উল্লিখিত সিদ্ধান্তের বশবর্তী হইয়া নিম্নলিখিত চিকিৎসার ব্যবস্থা করিলাম।

১। Re.

পালভ মিসিরাইজি কোঃ...৪ ড্রাম।

একমাত্র। উষ্ণ জলের সহিত সেবন করিতে বলা হইল।

২। Re.

সোডি ব্রোমাইড ... ১০ গ্রেণ।

টীং বেলেডোনা ... ১০ মিনিম।

সিরাপ লিম্বন ... ১/২ ড্রাম।

একোয়া ... এড্ ১ আউন্স।

একত্র এক মাত্র। এইরূপ ৪ মাত্র। প্রতি মাত্রা ৩ ঘণ্টান্তর সেব্য। অথ থাইরয়েড চিকিৎসার সুবিধা না হওয়ায় উল্লিখিত ব্যবস্থা করিয়াই বিদায় হইলাম।

২৭।২।৩০—কল্যাণ ৩বার দাস্ত হইয়াছে। শিরঃপীড়া সমভাবে আছে, তবে ২নং ঔষধ খাওয়ার পরে কথঞ্চিৎ উপশম হয় মাত্র। প্রশ্রাব ভাল হয় না, অস্ত্র নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

৩। Re.

এপ্টিথাইরয়েডিন (মোবিস) ৩/৪ গ্রেণ ট্যাবলেট ১টি।

সুপ্রারেণাল গ্ল্যাণ্ড ০.১ গ্রামের ট্যাবলেট ১টি।

ই.মার্কের প্রস্তুত এই দুই ঔষধের ট্যাবলেট এক সঙ্গে প্রত্যহ ৩বার সেবন করিতে বলা হইল।

এতদ্বির পূর্বোক্ত ২নং ব্যবস্থা পূর্ববৎ প্রত্যহ ৩ঘণ্টান্তর ৪ বার সেবনের ব্যবস্থা করা হইল।

৪।৩।৩০—অস্ত্র রোগিণীকে প্রফুল্ল দেখা গেল।

গুলিাম—দুই দিন ঔষধ সেবনের পরই শিরঃপীড়া অনেক কম হইয়াছে, কল্যাণ হইতে আর বুক ধড় ফড় করে নাই। অর হয় নাই, রোগিণী পূর্বাপেক্ষা অনেকাংশে ভাল আছেন। খুব ক্ষুধা হইয়াছে।

অস্ত্র অন্ন পথ্যের ব্যবস্থা দিয়া পুনরায় আরও ১ সপ্তাহের জন্ত উপরিউক্ত ৩নং ব্যবস্থা পূর্ববৎ সেবনের ব্যবস্থা করিলাম। ২নং ঔষধ স্থগিত করা হইল।

এক সপ্তাহ এইরূপ চিকিৎসায় রোগিণীর সমুদয় উপদর্গ দূরীভূত হইয়া রোগিণী সম্পূর্ণ সুস্থ হইয়াছিলেন। গলদেশের ক্ষীতি এবং চোখের অস্বাভাবিক চাহনিও আর ছিল না। এখনও পর্য্যন্তও তিনি ভাল আছেন।

ইহার পর সম্প্রতি উক্ত মহিলাটির সহিত সাক্ষাৎ হইলে, তাঁহার রোগ মুক্তির জন্ত তিনি আমাকে বিশেষ ধন্যবাদ প্রদান করিয়াছিলেন। কিন্তু প্রকৃত পক্ষে এ ধন্যবাদের পাত্র যদি কেহ থাকেন, তবে তিনি চিকিৎসা-প্রকাশের সম্পাদক ধীরেন বাবু এবং এণ্ডোক্রিনোলজি পুস্তকের গ্রন্থকার সন্তোষ বাবু! তাঁহাদেরই অক্লান্ত যত্ন চেষ্টা ও অর্থব্যয়ে বাঙ্গালা ভাষায় গ্রন্থিসতত্ত্ব সম্বন্ধীয় এই একমাত্র পুস্তক খানি (এণ্ডোক্রিনোলজি বা গ্রন্থিসতত্ত্ব) প্রকাশিত হওয়ায় আমরা চিকিৎসা জগতের এক অভিনব এবং অতি প্রয়োজনীয় তথ্যজ্ঞানলাভ করিবার সুযোগ প্রাপ্ত হইয়াছি। এই পুস্তকখানি প্রত্যেক চিকিৎসককেই পাঠ করা কর্তব্য মনে করি।

মন্তব্যঃ—এই রোগিণীর যে, থাইরয়েড গ্রন্থি বিবর্ধিত হইয়া উহার অন্তঃরসের অতিশ্রাব উপস্থিত এবং তজ্জন্তই যে, এইরূপ দুর্দম্য শিরঃপীড়ার উদ্ভব হইয়াছিল; তাহাতে কোনই সন্দেহ নাই। এই কারণেই থাইরয়েড চিকিৎসায় রোগিণীর সত্ত্বর আরোগ্য সাধিত হইয়াছিল।



ক্রুপ—CROUP.

লেখিকা—শ্রীমতি সত্যিকা দেবী M, D (Homoeo)

H. L. M. P, M. H. C. P.

হোমিওপ্যাথিক ও বাইওকেমিক লেডি ডাক্তার

শ্বাসনলীর প্রদাহ জন্ম এই পীড়া হইয়া থাকে। ইহা অতি সাংঘাতিক রোগ। শীতপ্রধান দেশেই এই রোগের প্রাবল্য অধিক দেখা যায়। ইহাতে শ্বাসনলী হইতে অতি দ্রুত 'ফাইব্রিন' সমূহ নিঃসৃত হয়। এই 'ফাইব্রিন' সমূহ এত দ্রুত নিঃসৃত হইতে থাকে যে, অনেক সময়ে চিকিৎসক আসিয়া ঔষধাদি দিবার পূর্বেই রোগী শ্বাসরোধ হইয়া মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

উদ্দীপক কারণ :—ঠাণ্ডা লাগান বা ভিজ্ঞাহানে বাস; সহসা আবহাওয়ার পরিবর্তন; শীতল উত্তরে হাওয়া বা পূর্বের হাওয়া লাগান; অথবা অল্প কোনও প্রকারে শৈত্যসম্মোগ জন্য বৈধানিক লবণ সমূহের হ্রাস বা উহাদের কার্যকরী শক্তি হ্রাস হইলে এই রোগ হইতে পারে। শিশুরা এই পীড়ার অধিক বশবর্তী।

লক্ষণাবলী :—এই রোগ সহসা আক্রমণ করে। প্রথমে সাধারণ নাসা-সর্দির লক্ষণ সমূহ; যথা—জ্বর, কাশি, হাঁচি, স্বরভঙ্গ ইত্যাদি প্রকাশ পায়। অনেক সময়ে এই লক্ষণাবলী কয়েক দিন স্থায়ী থাকিয়া সহসা পীড়ার প্রাবল্য উপস্থিত হয়। আবার কখন কখন ইহা হঠাৎ প্রকাশ পাইতে দেখা যায়। অনিয়মিত, স্বল্প ও কষ্টকর শ্বাস-প্রশ্বাস এবং এতদসহ খম্বসে, কর্কশ, রুক্ষ বা শুষ্ক

কাশি উপস্থিত হয়। রোগী প্রায়ই মস্তক পশ্চাৎগায়ে হেলাইয়া দ্রুত শ্বাস লইবার চেষ্টা করে। প্রায়ই জ্বর বর্তমান থাকে। শ্লেষ্মা নির্গমন প্রায় বর্তমান থাকে না; কিন্তু শ্লেষ্মা নির্গত হইলেও উহা দড়ির মত দেখা যায়। রোগীর মুখমণ্ডল চিন্তায়ুক্ত, আরক্ত অথবা নীলাভবর্ণ হয় এবং প্রায়ই প্রবল ঘর্ম বর্তমান থাকে। শ্বাসরোধ হইয়াই রোগী মৃত্যুমুখে পতিত হয়।

চিকিৎসা :—এই পীড়ায় নিম্নলিখিত ঔষধ কয়েকটি বিশেষ উপযোগিতার সহিত ব্যবহৃত হয়।

(১) কেলি-মিউর :—ইহা ক্রুপ-রোগের একটা প্রধান ঔষধ। এই ঔষধটি পুনঃ পুনঃ প্রয়োগ করিলে বিশেষ সফল পাওয়া যায়। ইহাতে অত্যধিক ফাইব্রিন নিঃসরণ রুদ্ধ হয়। জরীয় লক্ষণ বর্তমানে ইহা ফেরাম ফসের সহিত একত্রে বা পর্যায়ক্রমে প্রয়োগ করা কর্তব্য।

শক্তি :— ৩x ও ৬x ।

মাত্রা :—৩ হইতে ৫ গ্রেণ; অর্ধ হইতে এক ঘণ্টান্তর প্রযোজ্য।

(২) ফেরাম ফস :—জ্বর, কষ্টকর শ্বাসপ্রশ্বাস, প্রদাহ, কাশি ইত্যাদির উপশমার্থ এই ঔষধটি বিশেষ

উপকারী। ইহার সহিত বা পর্যায়ক্রমে কেলি মিউর
দিলে ফল আরও ভাল হয়। ক্রুপ রোগে ফেরাম্ ফস্
ও কেলি মিউর, এই দুইটা ঔষধ ব্যবহারেই সাধারণতঃ
সকল প্রকার লক্ষণই দমিত হয়।

শক্তি :—৩x, ৬x, ১২x।

মাত্রা :—৩ হইতে ৫ গ্রেণ। পুনঃ পুনঃ প্রযোজ্য।

(৩) ক্যালকেরিয়া ফস ও ক্যালকেরিয়া

ফেরার :—ফেরাম্ ফস্ ও কেলি মিউর দ্বারা দ্রুত ফল
পাওয়া না গেলে এই দুইটা ঔষধ একত্রে ব্যবহার্য।

শক্তি :—৩x, ৬x।

মাত্রা :—৩ হইতে ৫ গ্রেণ। পুনঃ পুনঃ প্রযোজ্য।

কেলি ফস্ :—বিলম্বে চিকিৎসারস্ত হইলে ;
হিমাজ্ অবস্থার আশঙ্কায় ; মুখমণ্ডল পাণ্ডু অথবা
নীলাভবর্ণের এবং স্নায়বিক অবসাদ, ইত্যাদি লক্ষণে
কেলি মিউর সহ ইহা ব্যবহার্য।

শক্তি :—৩x, ৬x।

মাত্রা :—৩ হইতে ৫ গ্রেণ পুনঃ পুনঃ।

পথ্যাদি ঃ—এই রোগে পথ্য লঘুপাচ্য পুষ্টিকর হওয়া
কর্তব্য।

ব্যাসিলারি ডিসেন্টারী—Bacillary dysentery.

লেখক—ডাঃ ত্রিবিধুভূষণ তরুফদার M. D. (*Homoeo*), L. C. P. S.

শান্তিপুর, নদীয়া

— ০):*(—

গত বর্ষাকালে এতদঞ্চলে এমিবিক ও ব্যাসিলারি
ডিসেন্টারীর বিশেষ প্রাদুর্ভাব হইতে দেখা গিয়াছিল।
অনেকে মৃত্যুমুখেও পতিত হইয়াছেন। এমিবিক
রক্তমাশয়ে এমিটিন প্রয়োগে সত্ত্বর সুফল পাওয়া যায় ;
কিন্তু ব্যাসিলারি রক্তমাশয়ের চিকিৎসা একটু শক্ত।
সুদৃঢ় হোমিওপ্যাথ্ হয়ত সত্ত্বরেই রোগীকে নিরাময়
করিতে পারেন, কিন্তু ষাঁহারা এলো-হোমিওপ্যাথ্ অর্থাৎ
এলোপ্যাথিক ও হোমিওপ্যাথিক, এই উভয় মতাবলম্বী ;
তাহাদের পক্ষে প্রকৃত ঔষধ নির্বাচনে অনেক সময় ধৈর্য্যের
বাধ ভাঙ্গিয়া যায়। কিন্তু বাইওকেমিক চিকিৎসায়
ব্যাসিলারি রক্তমাশয় সহজেই অতি সত্ত্বর আরোগ্য হইতে
পারে। একটা রোগীর বিষয় বলিব—

রোগী :—জৈনিক হিন্দু পুরুষ, বয়ঃক্রম ৩৫।৩৬
বৎসর।

পূর্ব ইতিহাস ঃ—গত ৪ঠা আগষ্ট (১৯৩০)
তারিখে এই ব্যক্তি জ্বর ও রক্তমাশয়ে আক্রান্ত হইয়া
জৈনিক কবিরাজের চিকিৎসাধীন হন। ৭ দিন কবিরাজী
চিকিৎসা চলে, পীড়ার কোন উপশম না হওয়ায়
হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা করান হয়। হোমিওপ্যাথিক
চিকিৎসক ৪।৫ দিন চিকিৎসা করেন, কিন্তু উপকার তো
কিছুই হয় নাই, বরং পীড়া উত্তরোত্তর বৃদ্ধি হইতে
লাগে। ১৭ই আগষ্ট তারিখে বেলা ১০টার সময় আমি
আহৃত হই।

বর্তমান অবস্থা :—আমি যে সময় রোগীর বাটতে উপস্থিত হই, তখন রোগী ঘরের একধারে বাহে করিতেছিলেন। আধ ঘণ্টা পরে তিনি শৌচাদি সমাপনান্তে বিছানায় আসিয়া শুইলেন। তখন রোগীকে পরীক্ষা করিয়া নিম্নলিখিত বিষয়গুলি জ্ঞাত হইলাম—

(ক) মল গাঢ় লাল রক্ত ও শ্লেষ্মাক্ত। মলে দুর্গন্ধ নাই। মলতাগ কালে পেটে অসহ্য যন্ত্রণা ও কোঁপ পাড়িতে হয় (great tenesmus during motion)। প্রতি ঘণ্টায় প্রায় ৩৪ বার এইরূপ দাস্ত হইতেছে।

(খ) উত্তাপ ১০১.৮ ডিগ্রি, নাড়ী দুর্বল।

(গ) মুখে উৎকর্ষার ভাব, ক্ষুধা নাই।

(ঘ) উদরে চাপ দিলে অসহ্য যন্ত্রণা অনুভব।

(ঙ) আরোগ্য হইবে না, ইহাই রোগীর বিশ্বাস।

এখন সমস্তা—কোন প্রণালীতে রোগীর চিকিৎসা করি। রোগীর যন্ত্রণা এবং মল হইতে রক্ত নির্গমন সম্বন্ধ উপশম করাইতে না পারিলে, কল্যাই হয়ত রোগী অল্প চিকিৎসকের চিকিৎসাধীন হইবে। ইতিপূর্বে বাসিলারি ডিসেন্টারীতে বাইওকেমিক ঔষধের ত্বরিত ক্রিয়া দেখিয়া, এই রোগীকেও বাইওকেমিক চিকিৎসা করিব স্থির করিয়া নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

১। Re.

ফেরাম্ ফস্ ২x ... ১ গ্রেন।

ক্যাল্ ফস্ ৩x ... ১ গ্রেন।

ম্যাগ্ ফস্ ৩x ... ১ গ্রেন।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। নিম্নলিখিত ২নং ঔষধের সহিত পর্যায়ক্রমে ২ ঘণ্টান্তর সেবা।

২। Re.

ক্যাল্ সাল্ফ ১২x ... ১ গ্রেন।

কেলি সাল্ফ ৬x ... ১ গ্রেন।

নেট্রাম সাল্ফ ৩x ... ১ গ্রেন।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। উপরিউক্ত ১নং ঔষধের সহিত প্রতি মাত্রা পর্যায়ক্রমে ৩ ঘণ্টা অন্তর সেবা।

পথ্য :—বার্লি ওয়াটার, ছানার জল, লিমন হোয়ে বা ঘোল।

১৮।৮।৩০—গত কল্যা বেলা ৪ টার পর হইতে এ পর্যন্ত ৮ বার দাস্ত হইয়াছে। শূলনী ও মলে রক্তের পরিমাণ ক্রমশঃ হ্রাস হইয়াছে। উত্তাপ ১০০ ডিগ্রি।

ঔষধ ও পথ্য—পূর্ব দিনের তায়।

১৯।৮।৩০—উত্তাপ স্বাভাবিক, মলে লালবর্ণের রক্তের পরিবর্তে কালচে রক্তের রক্তের ছিট ও সামান্য শ্লেষ্মা আছে, শূলনী প্রায় নাই। কল্যা দিবারায়ে অল্প পরিমাণে ৫ বার দাস্ত হইয়াছিল। পেটে সামান্য বেদনা আছে। ক্ষুধা হইয়াছে।

ঔষধ :—পূর্বোক্ত ১নং ও ২নং ঔষধ ও মাত্রা করিয়া পর্যায়ক্রমে ৪ ঘণ্টান্তর সেবা।

পথ্য :—জল-সাঁওসহ গান্ধালের খোল এবং মধ্যে মধ্যে লিমন হোয়ে।

২০।৮।৩০—কল্যা ৩ বার স্বাভাবিক মলতাগ হইয়াছিল, মলে সামান্য শ্লেষ্মা ছিল, রক্ত আদৌ ছিল না। শূলনী ও পেটের বেদনা আদৌ নাই।

অল্প নিম্নলিখিত ব্যবস্থা করিলাম—

৩। Re.

ক্যাল্ ফস্ ৩০x ... ১ গ্রেন।

ক্যাল্ সাল্ফ ১২x ... ১ গ্রেন।

নেট্রাম সাল্ফ ১২x ... ১ গ্রেন।

একত্র এক মাত্রা। এইরূপ ৪ মাত্রা। প্রতি মাত্রা ৬ ঘণ্টান্তর সেবা।

পথ্য :—সাঁও ও মস্তুরি দাইলের ওগুরা (খেচুড়ি)।

রোগীকে আর কোন ঔষধ দিতে হয় নাই। এই ব্যবস্থাতেই ৪।৫ দিনের মধ্যে রোগী সম্পূর্ণ সুস্থ হইয়াছিলেন। অত্যন্ত ক্ষুধা হওয়ায় ২২।৮।৩০ তারিখে পোড়ের ভাত ব্যবস্থা করা হইয়াছিল।

অন্তব্য :—এই রোগী বাইওকেমিক চিকিৎসায় যে খুব শীঘ্র আরোগ্যলাভ করিয়াছিলেন, তাহাতে সন্দেহ নাই।

বাইওকেমিক ঔষধের মাত্রা সর্বদা মতভেদ দেখা যায়। কেহ ২ গ্রেন, কেহ ৩ গ্রেন, আবার কেহ ৫ গ্রেন মাত্রায় ব্যবহার করেন। যদি শক্তি (potency) মানিয়া চলিতে হয়, তাহা হইলে স্থূল মাত্রা অপেক্ষা সূক্ষ্ম মাত্রাতেই প্রয়োগ করা কর্তব্য। আমি ১ গ্রেন মাত্রাতেই ব্যবহার করি এবং তাগাতেই সন্তোষজনক ফল পাইয়া আসিতেছি।



হোমিওপ্যাথিক অংশ

২৩শ বর্ষ

১৩৩৭ সাল— চৈত্র

১২শ সংখ্যা

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসার মূলতত্ত্ব ও শিক্ষা-পদ্ধতি *

গুরু ও শিষ্য

লেখক—ডাঃ শ্রীনলিনী নাথ মজুমদার

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; খাগড়া, মুর্শিদাবাদ।

গুরু। বৎস! আজকার আলোচ্য কি?
শিষ্য। প্রভো! আপনি হোমিও শাস্ত্রে সুপণ্ডিত; তাই আপনার নিকট হোমিওপ্যাথিক শাস্ত্রটা শিখবার জন্য একান্ত আগ্রহ হ'য়েছে। অতুগ্রহ ক'রে এই শাস্ত্রটায় যাতে ভালরকম জ্ঞান লাভ ক'রতে পারি, তাই করুন।
গুরু। বৎস! তোমার এ আগ্রহটা অতি সাধু। কিন্তু হোমিও শাস্ত্রে আমি ত সর্বজ্ঞ পণ্ডিত নই। আমার বিশ্বাস যে, এই দুঃখবগাহ হোমিও শাস্ত্র ধারাবাহিক ভাবে স্মরণ রেখে, তিন চার্টে জন্ম ভ'রে শিখতে পারলেও সুপণ্ডিত হ'তে পারা যায় কি না সন্দেহ। তবে আমি

* হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা সর্বকার্য অধিকাংশ মাসিক পত্রের পাঠকগণের মধ্যে বোধ হয় প্রায় সর্বেই হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা-শাস্ত্রে সবিশেষ অভিজ্ঞ ডাঃ শ্রীযুক্ত নলিনীনাথ মজুমদার মহাশয়ের প্রণীত পাণ্ডিত্যের পরিচয় বিদিত আছেন। আজ প্রায় ৬০ বৎসরাধিক কাল হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসা ব্যবসারে ব্রতী এবং বহু শাস্ত্রালোচনার ব্যাপৃত থাকিয়া নলিনী বাবু যে অশেষ এবং অনন্তসাধারণ অভিজ্ঞতা লাভ করিয়াছেন, সেই বহুদূর্লভ অভিজ্ঞতার কলই এই প্রবন্ধে সন্নিবেশিত হইয়াছে। এই সুবিস্তৃত এবং বহু জ্ঞাতব্য তথ্য সম্বলিত প্রবন্ধটি ধারাবাহিকরূপে প্রকাশিত হইবে। সমগ্র প্রবন্ধটি পাঠ করিলে পাঠকগণ বুঝিতে পারিবেন—ইহাতে সাধারণ চিকিৎসকগণের জ্ঞাতব্য এবং হোমিওপ্যাথিক শাস্ত্রে প্রকৃত জ্ঞানলাভ করিবার ও পারদর্শিতা লাভের উপযোগী কত অমূল্য তথ্য নিহিত আছে। বর্তমান সংখ্যার আলোচ্য বিষয়ের উপক্রমিকা মাত্র প্রকাশিত হইল। প্রত্যেক সংখ্যায় এই প্রাক্তী ধারাবাহিকরূপে প্রকাশিত হইবে। (চিঃ, প্রঃ, সম্পাদক)

যে টুকু কণিকা মাত্র উপদেশ পেয়েছি, তা'তোমাকে শিক্ষা দিতে পারব। কিন্তু তুমি কি ভাবের শিক্ষা চাও, তাই আগে জিজ্ঞাসা করি।

শিষ্য। শিক্ষা আবার কয় ভাবের আছে?

গুরু। হোমিওপ্যাথিক শিক্ষা অনেক রকমের আছে। যদি অর্থোপার্জনই শিক্ষার উদ্দেশ্য হয়, তবে হোমিওপ্যাথিক শিখতে এসো না। কারণ এতে অর্থ-লাভাশা অত্যল্প। কারণ, দেশের লোক এ্যালোপ্যাথির চাকচিক্যেই মোহিত। সুতরাং অর্থ প্রত্যাশীর এ্যালোপ্যাথি শিক্ষাই কর্তব্য। আবার এ্যালোপ্যাথির একটা উপাধি লাভ ক'রে কিছুদিন চিকিৎসা করার পর হোমিওপ্যাথি ধ'রলেও সেই এ্যালোপ্যাথির ডিগ্রির মাহিমাতেই অর্থোপার্জন হ'তে পারে। সেরূপ কর্তে গেলে সেই পথে যেতে হবে।

শিষ্য। এ পথে যাওয়া এখন সম্ভব নয়। আর কি ভাবের শিক্ষা আছে?

গুরু। আর এক ভাবের যে শিক্ষা আছে, সেও অর্থকরী নয়—বরং অনর্থকরী। “হোমিও ঔষধে উপকার ভিন্ন অপকার হয় না” এই দান্ত ধারণার বশবর্তী হ'য়ে অধুনা এদেশের ধনী, জমীদার ও মধ্যবিত্ত শ্রেণীর অনেক লোক গ্রামস্থ লোকদিগকে বশীভূত ক'রবার ও নিজেদের পারিবারিক চিকিৎসার খরচ লাঘব ক'রবার উদ্দেশ্যে, একটা গৃহ-চিকিৎসার বায় ও একখানি চটি পুস্তকের সাহায্যে দাতব্য চিকিৎসা ক'রে থাকেন। তারপর উকীল, রাজকর্মচারী ও স্কুলের শিক্ষক প্রভৃতি আধুনিক শিক্ষিত ব্যক্তিগণও শেষ জীবনের অবলম্বন উদ্দেশ্যে উক্ত প্রকারে দাতব্য চিকিৎসা চালিয়ে থাকেন ফলতঃ এদেশের অধিকাংশ লোকের ঘরেই ক্রীড়নক্রমে হোমিওপ্যাথিক বিরাজ করছে। কিন্তু উক্ত ঔষধ দাতাগণ কঠিন রোগীর স্বীলে নিজে অকৃতকার্য হ'লেই, হোমিওপ্যাথিতে কিছু হ'ল না ব'লেই হোক বা নিজের

অনভিজ্ঞতা প্রচারের ভয়েই হোক, কোন উপযুক্ত হোমিওপ্যাথকে না ডেকে, রোগীটিকে এ্যালোপ্যাথির আশ্রয় নিতে বাধ্য করেন। আবার অভিজ্ঞ হোমিওপ্যাথগণও নিজের পারিবারিক চিকিৎসা ক'তে ভীত হ'য়ে, অপর চিকিৎসককে ভার দিয়ে নিজে নির্লক্ষ থাকেন। আবার মজা এই যে, এই সব আশঙ্কবি চিকিৎসগণ প্রথমে নিজের বাড়ীতেই চিকিৎসা আরম্ভ করেন। এর চেয়ে আর ছুঁদেব কি হ'তে পারে? এরূপ শিক্ষা যদি চাও, তবে এই রকম একটা বায় এবং ১ খান চটি পুস্তকের আশ্রয় গ্রহণ কর।

শিষ্য। আজ্ঞে না এরূপ শিক্ষাও চাইনে। আর কি ভাবের শিক্ষা আছে?

গুরু। আর এক প্রকার শিক্ষা বা—তা আধুনিক হোমিওপ্যাথিক স্কুল, কলেজে দেওয়া হয়। তা'তে এ্যালোপ্যাথির ছাঁচে এনাটমী, ফিজিওলজি প্রভৃতি পড়িয়ে ছাত্রদিগকে ডায়েগনোসিস এবং প্যাথোলজির বর্ণাবর্তের ভিতর ফেলা হয়। অবশ্য তার সঙ্গে মেটরিয়া মেডিকাও পড়ান হয়। আবার হোমিওপ্যাথির মেরুদণ্ড—প্রধান বৈজ্ঞানিক সার গ্রন্থ যে “অর্গানন্”—য' প্রথমতঃ হানিম্যান কর্তৃক জার্মান ভাষায় লিখিত হ'য়েছিল তারই ইংরাজী অনুবাদও পড়ান হ'য়ে থাকে। আবার এই ইংরাজী অনুবাদের বাঙ্গালা অনুবাদও পড়ান হয়। কিন্তু এই বাঙ্গালা অনুবাদের এক একটা বই এক একটা অপূর্ণ চিক্ ব'লেও বেশী বলা হয় না। নানা জনে নানা রকমে অর্গাননের বঙ্গানুবাদ ক'রেছেন; ভাষান্তরিত হ'তে গেলেই যে, অনেকটা ভাষান্তরিত হয়, তাতে সন্দেহ নেই; সেই ভাষান্তরিত বিজ্ঞান গ্রন্থ—যে মূল গ্রন্থের এক একটা মূল বুলে উঠাই অতি কঠিন—তাই ছাত্রদিগকে যে কি ভাবে শিক্ষা দেওয়া হয়, তা জানি না। কিন্তু এই টুকু জানি যে, ঐ সকল স্কুল কলেজের পাঠকরা ডাক্তারদিগকে অর্গানন্ শাস্ত্রে বিশেষ ব্যুৎপন্ন ব'লে বোধ হয় না। এই এক ভাবের শিক্ষা। এতেও অবশ্য অর্থোপার্জন না হয় এমন

নহে; আর ছুঁফোড় হোমিওপ্যাথি হওয়ার চেয়ে এরকম স্কুল-কলেজে নির্দিষ্ট সময় পর্যন্ত নিয়মিত ভাবে পড়লে শিক্ষাও অবশ্য মন্দ হয় না। এর সঙ্গে যদি জ্ঞানার্জনের স্পৃহা প্রবল থাকে, তা হ'লে সময়ে ভাল চিকিৎসকও হ'তে পারা যায়।

তারপর স্কুল কলেজে না পড়লে স্কুল কলেজের দোহাই দিয়েও আর এক রকমে শিক্ষার খোলস প'রে এবং তাতে লোক ভুলিয়ে বড় ডাক্তাররূপে জাহির হওয়াও যায়। এতে শিক্ষা দীক্ষার কোনই দরকার করে না—কিছু টাকা দিয়ে উপাধির দোকান হ'তে একটা কোন বড় উপাধি খরিদ ক'রে, কতকগুলো ঔষধ ও পুস্তক নিয়ে বেসে, সাইনবোর্ড ঝুলিয়ে দিলেই হ'ল। এতেও এক প্রকার অর্থোপার্জন হ'য়ে থাকে। এসকল শিক্ষা পেতে গেলে, এই সব পথেই যেতে হবে।

আজকাল কলিকাতার (অনেক মফঃস্বল সহরেও) কতকগুলো বেকার চিকিৎসকের পয়সা উপায়ের প্রধান পন্থা হ'য়েছে—হোমিওপ্যাথিক স্কুল-কলেজ খোলা। অবশ্য ২।৫ টা যে প্রকৃত শিক্ষা লাভের উপযোগী স্কুল-কলেজ নাই, তা নয়। কিন্তু এর অধিকাংশই যে, টাকা উপায়ের টাকশালা, অবস্থাভিজ্ঞগণই তা বেশ জানেন। বেওয়ারিস বড় বড় হোমিওপ্যাথিক ডিগ্রি বিক্রয়ই ইহাদের প্রধান উদ্দেশ্য—যত না থাকে পড়বার স্তন্যাবার দিকে। বাইরে খুব জাঁক জমক—অমুঠানের ঢকানিনাদ বাইরে থেকে খুবই শ্রুতি মধুর, কিন্তু ভিতরে সবই ফকিরকার। যদি এই পথে যেত চাও, তা হ'লে এই রকম একটা উপাধির আড়ৎ থেকে একটা বড় রকম উপাধি কিনে ডাক্তার হ'য়ে বসতে পার।

শিষ্য। আজ্ঞে না। আমি হোমিওপ্যাথিকের প্রকৃত মূলতত্ত্ব শিখে বিষয়টা হৃদয়ঙ্গম কর্ত্তে চাই।

গুরু। শুনে সুখী হলাম। কিন্তু এতে অনেক সময় লাগবে। চিকিৎসা ক্ষেত্রে তাড়াতাড়ি চিকিৎসক বলে

খ্যাত হ'তে পারবে না; এজ্ঞা ধৈর্য ও ধৈর্য্য অবলম্বন করা আবশ্যিক হ'বে। এতে যদি স্বীকার হও, আমি সাধা মত শিখা'তে রাজী আছি। কিন্তু কোন কথা না বুঝেই বুঝেছি ব'লেতে পারবে না। আমাকে ওগো ক'রে বিবয়ের মীমাংসা না ক'রে ছা'ড়বে না; এই অমুরোধ মনে রা'খবে।

শিষ্য। আজ্ঞে না তা ক'রব কেন? তা করলে শিক্ষা হবে কি ক'রে?

গুরু। বৎস! তোমার অকৃত্রিম আগ্রহ দেখে বড়ই সন্তুষ্ট হলাম। তোমার ইচ্ছা পূর্ণ ক'রতে যথাসাধ্য চেষ্টা ক'রব।

উপক্রমণিকা

গুরু।—

মুকং করোতি বাচালং, পঙ্গুং লজ্জয়তে গিরিম্।

যৎকৃপা তস্যাং বন্দে পরমানন্দ মাধবম্।

বৎস! “হোমিও” ও “পেথস্” এই দুইটি শব্দ হ'তে হোমিওপ্যাথি শব্দের উৎপত্তি হ'য়েছে। ইহার অর্থ—রোগে ঔষধ প্রয়োগ। কিন্তু বাস্তবিক পক্ষে এমতে রোগ হিসাবে ঔষধ প্রয়োগ আদৌ হয় না বা হ'তেও পারে না। রোগী হিসাবে ঔষধ প্রয়োগই ইহার মূল উদ্দেশ্য।

শিষ্য। সে কেমন ব্যুলুম না।

গুরু। এই উদ্দেশ্যের মধ্যেই এর মূলতত্ত্ব নিহিত আছে। স্মরণ্য এটি সহজে বোধগম্য হ'বার নয়। ক্রমশঃ আলোচনায় এই জটিল বিষয় সহজে বুঝতে পারবে।

শিষ্য। যে আজ্ঞে।

গুরু। দেখ—এ জগতে রোগ ব'লে কিছুই নেই। যে কোনরূপ দুঃখের কারণকেই “রোগ” বলা হয়। এজ্ঞা ঋষি বাক্য আছে—“দুঃখজনকত্বং ব্যাধিঃ”। এই দুঃখের জনক—দৈহিক যে কোন “বৈষম্য”। তাই শাস্ত্রকার বলেছেন যে, “দুঃখজনকত্বং” অর্থাৎ বাহ্যতে দুঃখ জন্মায়।

সুতরাং দুঃখটা সেই কারণের কার্য স্বরূপ।

শিষ্য। সে কারণটা কি ?

গুরু। সে কারণ যে কি, তা বলবার আগে সুস্থাবস্থাটা আগে আলোচনা ক'রতে হ'বে। কারণ, তা হ'লেই দুঃখের কারণের সন্ধান আপনিই মিলবে।

এই পরিদৃশ্যমান বাহ্য জগত, আর জীবদেহ-জগত, এই দুটা জগতের মধ্যে সাদৃশ্য আছে অর্থাৎ এই বাহ্য জগতও যে যে উপদানে—যেমন ভাবে গঠিত, জীব-জগতও ঠিক সেই সেই উপদানে—সেই রকম ভাবে গঠিত। বাহ্য জগত যেমন আকাশ, বাতাস, তেজ, উত্তাপ, জল ও মৃত্তিকা, এই পাঁচটা দ্রব্যের সাম্যতায় পরিচালিত হ'চ্ছে, জীব-দেহজগতও ঠিক উক্ত পাঁচটি পদার্থ দ্বারাই ঐরূপে পরিচালিত হ'চ্ছে। যে কোন কারণে এই সাম্যতা বা সুশৃঙ্খলার বৈষম্য বা বিশৃঙ্খলা উপস্থিত হ'লেই যেমন বাহ্য জগতে অতিবৃষ্টি, অনাবৃষ্টি, ভূকম্পন ও মহামারী প্রভৃতি নানা প্রকার বিপ্লবের উৎপত্তি হয়, জীবদেহ জগতের বৈষম্যও তদ্রূপ নানা প্রকার দৈহিক বিপ্লব অর্থাৎ দুঃখের উৎপত্তি ঘটায় থাকে। বাহ্য জগতের যেমন আকাশ (আকাশ শব্দে অবকাশ) অনন্ত ব্রহ্মাণ্ডকে স্থান দিয়েও, পৃথিবীকে আধার করতঃ বাতাস, তেজঃ ও জল দ্বারা জগত-ব্যপারের শৃঙ্খলা রক্ষা ক'রছে; জীব-জগতেও তদ্রূপ দেহ মধ্যস্থ আকাশ বা অবকাশ স্থানমধ্যে শারীরিক যন্ত্রসমূহকে রক্ষা ক'রে দেহকে আধার করতঃ বাতাস, তেজঃ ও জল দ্বারা দেহজগতের সাম্যতা রক্ষা ক'রে সুস্থাবস্থা পরিচালন কচ্ছে। অর্থাৎ বাতাস, তেজঃ ও জল দ্বারাই জীবদেহ ক্রিয়াশীল হ'য়ে জীবিত আছে। এদের মধ্যে বাতাস সচল, আর তেজঃ ও জল অচল। কেবল বাতাসের দ্বারা তেজঃ ও জল পরিচালিত হ'য়ে দৈহিক সুশৃঙ্খলা রক্ষা ক'রে থাকে। আর্ধ্য শাস্ত্রবিদগণ এই বাতাসের সংক্ষিপ্ত নাম—“বায়ু”, আর তেজের নাম—“পিত্ত” এবং জলের নাম—“কফ” রাখিয়াছেন। এখানে আমিও বরাবর উচ্চারণ ক্ষেত্রে বাতাস, তেজঃ ও জল না ব'লে, বায়ু পিত্ত ও কফই ব'লব।

এই বায়ু, পিত্ত ও কফ, এই তিনটিকে আর্ধ্য শাস্ত্রে “ত্রিদোষ” উপাধি প্রদান ক'রেছেন। বেদান্তাদি ধর্ম শাস্ত্রে আবার ঐ তিনটিকে “ত্রিগুণ” বলা হ'য়েছে। অর্থাৎ বায়ুর নাম—“সত্ত্ব”, পিত্তের নাম—“রজঃ”, আর কফের নাম—“তমঃ”।

উক্ত তিনটি পদার্থের নাম আয়ুর্বেদ শাস্ত্রে “ত্রিদোষ” আর বেদান্তাদি শাস্ত্রে তদ্বিপরীত “ত্রিগুণ” যে, কেন বলা হ'য়েছে, এর বিশেষ তত্ত্ব তোমাকে এরপর ভাল ক'রে বুঝিয়ে দেব। এখন উহার আলোচনা ক'রতে গেলে অনেক অসুবিধা হ'বে—আলোচ্য বিষয় থেকে অনেক দূরে বেয়ে প'ড়তে হ'বে।

দেহের ধারক তিনটি বিষয়; যথা—আহার, স্নানিদ্রা ও ইন্দ্রিয়মন। হিত বস্তু পরিমিত মত আহার ও স্নানিদ্রা উপভোগ দ্বারা ইন্দ্রিয় গ্রাম এবং মনের স্বাচ্ছন্দ্য বর্তমান থাকার নাম—“সুস্থাবস্থা”। ইহাতে দৈহিক বায়ু, পিত্ত ও কফের সাম্যতাব বর্তমান থাকিয়া সুশৃঙ্খলায় দেহ পরিচালিত হয় ব'লে, দেহ ও মন সবই সুস্থ থাকে। এজন্ত শাস্ত্রকারগণ বলেন যে, “সত্ত্ব-রজঃ-তমঃ সাম্যাবস্থা প্রকৃতিঃ”। অর্থাৎ সত্ত্ব, রজঃ, তমের সাম্যাবস্থার নামই—প্রকৃতি বা সুস্থাবস্থা।

দেহটিকে সুস্থাবস্থায় রাখবার কর্তা মানব নিজে। কারণ—আহার, বিহার ও ব্যবহার; এই তিনটি কার্যই মানবের স্বাধীন ইচ্ছার উপর নির্ভর করে। উক্ত কার্য সমূহের পরিচালন, সদ্ভাবে করিতে পারিলেই স্বাস্থ্য অক্ষুণ্ণ থাকে। পক্ষান্তরে অহিতাহার, অত্যাধিক বিহার ও অসদ্ব্যবহারাদি দ্বারা ঐ গুণ তিনটির ব্যতিক্রম বা বিশৃঙ্খলা উপস্থিত হ'লেই তদ্বারা দুঃখের কারণ উপস্থিত হয়। কেমন এখন বুঝলে।

শিষ্য। হা কতক কতক। অল্পগ্রহপূর্বক আর একটু বিস্তৃত ক'রে বলুন। কথাটা বেশ লাগছে। ভাল ক'রে বুঝে নিই।

গুরু। দেখ, জীব মাত্রেরই সর্সদা—এমন কি, জন্ম হবার পর মূর্ত্ত থেকেই প্রবল আকাঙ্ক্ষা যে, কিসে

সুখে থাকি যায়। সামান্য প্রগিধান ক'রলে নিতান্ত শিশুর হৃদয়েও এই বাসনার অস্থির অনুভব করা যেতে পারে। কারণ, ভূমিষ্ট হ'বার পর থেকেই শিশুর সুখ, দুঃখ ও শান্তি-অশান্তির অনুভূতির পশ্চাতে ঐ বাসনার বিজ্ঞমানতা পরিলক্ষিত হয়। ফলতঃ, জীবগণ প্রতি পদে পদেই সুখাকাঙ্ক্ষী—দুঃখকে কেহই কামনা করে না। সুখ-দুঃখের মাত্রার বা প্রকারের তারতম্য অবশ্য থাকতে পারে, কিন্তু কেহই অসুখ বা অশান্তি কামনা করে না। জন্মের পূর্ববর্তী শিব বা অদ্বৈত ভাব হ'তে জন্ম ও মৃত্যুর দশায় উপস্থিত হ'তে আসাই ত এক ঘোর বিপ্লবালতা। কিন্তু কেন যে জন্মগ্রহণ ক'রতে বাধ্য হ'তে হয়, সে কথা এখানে অনালোচ্য। তবে জন্মের পরমূহুর্ত হ'তেই যে, জীবগণকে সুখ-অসুখের অধীন হ'তে হয়ই, একথা অতি সত্য। আর প্রত্যেক জন্মে স্ব স্ব কর্মফলানুসারে যে, নূতন নূতন সুখ-দুঃখ লাভের কারণ ঘটে থাকে, তাতেও কোন সন্দেহ নেই। কেমন বৎস! এগুলি বেশ বুঝতে পারছ তো?

শিষ্য। আজ্ঞে। কতক কতক। কিন্তু এ ঘেন “ধান ভানতে শিবের গীত” গাওয়ার মত ব'লে বোধ হ'চ্ছে। শিখতে এলুম—হোমিওপ্যাথি। আর আপনি আরম্ভ ক'রলেন দেহ-তত্ত্ব।

গুরু। বৎস! পূর্বেই বলেছি, অধৈর্য্য হ'লে চলবে না। ধান ভানতে শিবের গীত গাইতে বলিনি, যে দেহের চিকিৎসা শিক্ষা করতে ইচ্ছা ক'রেছ, সেই দেহটার কার্যকলাপ এবং রোগের মূল কারণ-তত্ত্বটা না জানলে শিক্ষাটাই যে অসম্পূর্ণ থেকে যাবে। সব কথা মন দিয়ে শুন, তারপর বুঝতে পারবে—এ শিবের গীত কত দরকারী।

শিষ্য। আজ্ঞা ধৈর্য্য ধরলুম। কিন্তু ধৈর্য্যেরও একটা সীমা আছে, তা বোধ হয় আপনাকে মনে ক'রে দিতে হবে না। যাক্, এখন যা বলছিলেন, তাই বলুন।

গুরু। চিকিৎসা-বিজ্ঞানটাই যে অসীম; এতে

জ্ঞানলাভ ক'রতে হ'লে অসীম ধৈর্য্যেরই দরকার, সীমাবদ্ধ ধৈর্য্য নিয়ে কোন বিজ্ঞানে জ্ঞান লাভ করা যায় না। এখন যা বলি, মন দিয়ে শুন।

প্রত্যেক দুঃখই যে উক্ত প্রকার নিয়ম ভঙ্গ বা অত্যাচার দ্বারা বাহ্যিক বৈষম্য জন্ম উৎপন্ন হয়, তা'তে কোনই সন্দেহ নেই। অত্যাচার, অনাচার ও অনিয়ম ক'রেই মানব সুস্থতার ব্যতিক্রম সৃষ্টি করে। দেখ—কোন কোন ব্যক্তি বাল্যকাল হ'তেই অত্যাচারী ও অনাচারী হ'য়ে পড়ে। এগুলি যে তার পূর্ব জন্মের কর্মফল, তা'তে সন্দেহ নেই।

আহার, বিহার ও ব্যবহারাদির অত্যাচারজনিত দুঃখের সৃষ্টি, ইহ জীবনের সাক্ষাৎ কর্মফল। এই দৃষ্টান্তঃ কর্মফল ছাড়া আবার প্রাক্তন অর্থাৎ পূর্ব জন্মের কর্ম বা অদৃষ্ট (অদৃষ্ট অর্থে যা দেখা যায় না) দ্বারাও এ জীবনের সুখ-দুঃখ উপস্থিত হ'য়ে থাকে। এই কর্মফল সর্বাংশে অতীব হৃদয়স্তরে আরম্ভ হ'য়ে, ক্রমে ক্রমে বাহ্য দেহে পৌছে। কারণ, মন হ'তে বাহ্য দেহ একটা প্রবাহ মাত্র। কর্মফলে জন্ম যে বৈষম্য, তা সর্বপ্রথমে মনস্তরে হৃদয়াকারে উপস্থিত হয়, তারপর তাহাই বরাবর প্রবাহাকারে দেহ পর্য্যন্ত পৌছিলে তখন তা বাহ্য দৃশ্যে অসুখাকারে লোকলোচনের অন্তর্গত হয়ে থাকে। যার যতদিন ঐ প্রবাহটি অন্তরালে থাকে, তত দিন লোকে তা'কে অসুস্থ না জানলেও, প্রকৃত প্রস্তাবে সে যে অসুস্থ; তা'তে কোনই সন্দেহ নেই। কেননা, ঐ বৈষম্যটি তা'তে আছে—কেবল প্রকাশিত হয় নাই। কোন একটি শিশুর প্রতি বিশেষ মনোযোগ দিয়েও এর তথ্য অনুসন্ধান ক'রলেই ঐ বৈষম্যের নিদর্শন অবশ্য পাওয়া যাবে। যেমন কোন বীজ বৃত্তিকা, জলবায়ু ও রোদের সাহায্য না পেলে অঙ্কুরিত হ'তে পারে না—সুপ্ত ভাবেই থাকে। আবার ঐ সকল দ্রব্যের সহায়তা পেতেই, ঐ বীজ যেমন ক্রমবর্ধনশীল বৃক্ষে পরিণত হ'য়ে ফলপুষ্পযুক্ত হ'য়ে উঠে, তেমনি শিশুর মধ্যে স্থিত

কর্মফল বা বীজ সূক্ষ্মতম ভাবে অবস্থিতি করতঃ উহা বিকশিত হওয়ার অমূলক অবস্থা লাভের অপেক্ষা করে। কোন দৈহিক “বৈষম্য”ও এই রকমেই উহা উদ্দীপক কারণের সহায়তা পেলেই সম্পূর্ণ লক্ষণ সমন্বিত একটা বিশেষ অঙ্গের নাম ধারণ ক’রে বিকশিত হ’য়ে উঠে। যতদিন সেই বৈষম্যের সাম্য পুনঃপ্রতিষ্ঠা করা না যায়, ততদিন সে বর্ধিত হ’তে থাকবে। একই বীজ হ’লে একই প্রকার বৈষম্য-বৃক্ষের সৃষ্টি হয়, কিন্তু রিকশপ্রাপ্তির স্থানভেদে—অঙ্গাঙ্গসারে নূতন নূতন নাম প্রাপ্ত হ’য়ে থাকে। যেমন,—খাসকাশ, বাত, শিরঃপীড়া, গ্রহণী প্রভৃতি। কিন্তু ভেবে দেখ—ঐ নামগুলিই কি “পীড়া”? না, ঐ “বৈষম্যটা”ই পীড়া? কি বুলে?

শিষ্য। আজ্ঞে বুলে যে, ঐ বৈষম্যই—“পীড়া।”

গুরু। আরো দেখ, উক্তরূপে বীজাকারের সূক্ষ্মতম বৈষম্য হেতু কোন একটা শিশুর শীর্ণতা ও মস্তকে প্রচুর ঘর্ম এবং নিতান্ত খেঁৎখেতে ভাব, কারো কোলে না যাওয়া প্রভৃতি লক্ষণ বর্তমান থেকে; তার যৌবনে চাপল, অস্থিরতা, হুর্দলতা, ঘাড়ের মূল হ’তে মস্তকের

শিখর পর্যন্ত শিরঃপীড়া, শীতলতা ও অমাবস্তার দিনে অমূল্য বৃদ্ধি, মস্তকে বস্ত্র জড়া’লে উপশম এবং যথেষ্ট আহার স্বত্বেও শীর্ণতা দেখা গেল। আবার তারই শ্রোণীবস্থায় অস্থিরতা, অল্পমাত্র শঙ্গে চমকে উঠা, ব্যাকুলতা ও সাহস হীনতা, চিন্তা ক’রতে অপারগতা, সর্বদা শীতানুভব, শারীরিক পরিশ্রমেও দেহ উত্তপ্ত না হওয়া, শিরোগ্রন, অস্বচ্ছ হক, সামান্য আঘাতে পূজোৎপত্তি প্রভৃতি হ’য়ে যক্ষ্মা রোগে পরিণত হ’ল। এখন ঐ সকল অবস্থার নাম নান্ন সময়ে নান্ন প্রকার হ’লেও, যার প্রকৃত সূক্ষ্ম দৃষ্টি আছে, তিনি একে একটা প্রবাহ ব’লেই দর্শন ক’রবেন। বলা বাহুল্য, উহা সাইলিসিয়ার একটা মাত্র ধারা। সূক্ষ্মদর্শী চিকিৎসক ঐ সকল নান্ন নামের গুণগোলে পদ হারা না হ’য়ে, আগাগোড়া একটা মাত্র স্রোতই দেখতে পাবেন এবং সেই বহুবকে শুছাইয়া এক্ষে অন্তঃপা’রবেন। কিন্তু ঐরূপ সূক্ষ্ম দৃষ্টিবিহীন অপর কোন ব্যক্তি ঐ রোগীকে দেখলে, তিনি তার নান্ন নাম নিয়ে ব্যস্ত এবং নান্ন প্রকার রোগনির্ণয় ক’রতে প্রবৃত্ত হ’বেন।

(ক্রমশঃ)

বসন্ত পীড়ায় প্রতিষেধক

লেখক—ডাঃ জিনিীলমনি ঘটক B. A.

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক; সেন্ট্রাল ও রেগুলার হোমিওপ্যাথিক কলেজের
মেটেরিয়া মেডিকা ও প্রাচীন পীড়া-তত্ত্বের অধ্যাপক

— :: ০ :: —

এ বৎসর কি সহরে কি মফঃস্বলে, বসন্ত পীড়ার ভয়ানক প্রকোপ হইয়াছে। যত প্রকার জনশয়দংশসংকারী মহামারী আছে, তন্মধ্যে বসন্ত অতিশয় ভীষণ ও সাংঘাতিক এই পীড়ার প্রতিষেধক হিসাবে আমাদের দেশে বহুদিন হইতেই টিকা দিবার প্রথা প্রচলিত আছে। হোমিওপ্যাথিক

মতে এই ব্যাধির বে উৎকৃষ্ট প্রতিষেধক আছে, মিলে তাহার সংক্ষিপ্ত বিবরণ দেওয়া হইল।

(১) সাধারণ প্রতিষেধক ঔষধঃ—
হোমিওপ্যাথিক ঔষধের মধ্যে ম্যালেরিয়া (৩০, ২০০ শক্তি) এবং ভেরিওলিনা (৬, ৩০, ২০০ শক্তি), এই দুইটা ঔষধ বসন্ত পীড়ার প্রতিষেধকার্থ বিশেষ সফলদায়ক। ঐ

দুইটি ঔষধের মধ্যে যে কোনওটি, যতদিন বসন্তপীড়ার প্রকোপ চলিতে থাকে, ততদিন সপ্তাহে একবার একমাত্রা করিয়া ব্যবহার করিলে প্রতিষেধকের কার্য্য করিয়া থাকে।

(২) আভ্যন্তরিক টিকাঃ—একটি ৪ আউন্স পরিমাণ পরিষ্কৃত নূতন শিশিতে উহার তিন চতুর্থাংশ পরিষ্কৃত জল রাখিয়া, তাহাতে ঐ ঔষধদ্বয়ের মধ্যে যে কোনওটির ৬ বা ৩০ কিষা ২০০ শক্তির এক ফোঁটা দিয়া বেশ করিয়া নাড়িয়া মিলাইয়া লইতে হইবে। যতখানি জলে ঔষধ দেওয়া হইল, তাহাতে তিন মাত্রা করিয়া, ঐ ৩ মাত্রা প্রত্যহ ৩ বার করিয়া সেবন করিতে হইবে। উহা শেষ হইলে, আবার ঐরূপ ভাবে জল ও ঔষধ এক ফোঁটা মিলাইয়া লইতে হইবে। প্রত্যেকবার ঔষধ সেবনের পূর্বে ২১০ বার করিয়া শিশি নাড়িয়া সেবন করিলেই ভাল হয়। যাহা হউক, এই ভাবে প্রত্যহ ৩ বার করিয়া ঔষধ সেবন করিতে করিতে ৪৫৬৭ দিনের মধ্যে যে কোনও দিনে যখন দেখা যাইবে যে, ঐ ব্যক্তির শরীরটি যেন খারাপ খারাপ বোধ হইতেছে—যেন সামান্য জ্বরবোধ, তৎসঙ্গে অঙ্গ বেদনা, মাথাভার, গা বমি বমি, ইত্যাদি লক্ষণ দেখা দিতেছে—তখনই ঔষধ প্রয়োগ বন্ধ করিয়া দিতে হইবে; তারপর ২১০ দিনের মধ্যে ঐ সকল কষ্ট ও লক্ষণ অন্তর্হিত হইতে দেখা যাইবে। যাহাকে ঐরূপ ভাবে উক্ত ঔষধ প্রয়োগ করা হইল— তাহাকে আভ্যন্তরিক টিকা দেওয়া হইল, জানিতে হইবে। তাহার বসন্তের আক্রমণ কদাচই হইবে না। এই প্রণায় প্রতিষেধ করাকে আভ্যন্তরিক টিকা দেওয়া কহে।

(৩) বসন্ত পীড়াক্রমণের প্রারম্ভে উহা দমন করাঃ—বসন্ত হইবার উপক্রমে প্রথমে জ্বর হয়, কিন্তু এই জ্বর বসন্ত পীড়ার প্রারম্ভিক জ্বর হইলে এই সঙ্গে মস্তকের সমুখ দিকে ও কোষের

নিরতিশয় বেদনা, সর্কাসে কামড়ানি, ব্যথা এবং সর্কদা বিষমিযাভাব অর্থাৎ বমনেচ্ছা বর্তমান থাকে। এ অবস্থায়, বিশেষতঃ যদি দেখা যায় যে, নিকটবর্তী স্থানে অনেকগুলি লোকের বসন্ত হইয়াছে ও হইতেছে, তখন জানিতে হইবে যে, ইহা বসন্তের জ্বরই বটে। এরূপ স্থলে উপরোক্ত ২টি ঔষধের মধ্যে যে কোনওটির ৩ বা ২০০ শক্তির ৩৪টি করিয়া অল্পবটিকা বা উহাদের ১ ফোঁটা করিয়া জল সহ ৩৪ বার খাইতে দিলে কাহারও ১ দিনের মধ্যেই আবার হয়ত ২১০ মাত্রার পরেই জ্বর কমিতে আরম্ভ করিবে। জ্বর কমিলেই ঔষধ প্রয়োগ বন্ধ করিয়া দিতে হইবে। বসন্তের জ্বর দেখা দিবারাত্রই যদি এই প্রক্রিয়া আরম্ভ করা হয়, তবে ঐ জ্বরটি ত্যাগ হইবার পরই রোগী আরোগ্য হইয়া যাইবে—তাহার আর বসন্ত বাহির হইবে না। কিন্তু যদি ঔষধ প্রয়োগে বিলম্ব ঘটে, তাহা হইলে বসন্ত বাহির হওয়া নিবারিত না হইলেও, তাহা যে অতি মৃদু প্রকৃতির বসন্ত হইবে তাহার আর সন্দেহ নাই; অর্থাৎ ইহাতে দুই লক্ষণসম্পন্ন বসন্ত হইবে না—বসন্তের গুটি সামান্য বাহির হইয়া শীঘ্রই সারিয়া যাইবে

অনেকে মনে করেন যে উক্তভাবে মুকুলে পীড়া বিনাশ করিলে অনিষ্ট হইবে; কিন্তু একথা নিতান্ত ভ্রান্তিপূর্ণ। হোমিওপ্যাথিক মতে প্রকৃত চিকিৎসা করিতে পারিলে, যে কোনও পীড়ার যে কো ও অবস্থায় রোগী আরোগ্য লাভ করিতে পারে “অমুক প্রকার রোগের এতদিন ধরিয়া ভোগকাল চলিতেই থাকিবে”—একথা আমাদের চিকিৎসার খাটে না। সুতরাং পীড়াটি সর্বসম্পূর্ণ লক্ষণসহ দেখা দিবার পূর্বেই যদি সমলক্ষণ হুত্রে ঔষধ প্রয়োগ করা হয়, তবে তাহা সেই অবস্থাতেই আরোগ্য হইবে। ইহা প্রকৃত আরোগ্য, ইহাকে কোনও প্রকারে “চাপা দেওয়া” বলা যাইতে পারে না। (বঙ্গবাণী)

সন্দেহজনক এপেন্ডিসাইটিসে—ম্যাগ্ ফস Doubtful appendicitis cured by Mag phos.

লেখক—ডাঃ শ্রীফণীভূষণ সাহা M. B. (Homeo)

বাঘারপাড়া—যশোহর

—(•):(*):(•)—

রোগনির্ণয় বা নিদান-তত্ত্ব (Pathology) বড়ই দ্রুত। এই দ্রুত তত্ত্ব জানলাভ করিতে হইলে বিধ জটিলতর পরীক্ষা-প্রণালী অবলম্বনের প্রয়োজন অনিবার্য ; নচেৎ কেবল শরীরের বাহ্যাবস্থা দেখিয়া বা শুনিয়া আভ্যন্তরিক রোগ নির্ণয়পূর্বক সেই রোগের চিকিৎসা করা, আর কোন বস্তুর উদ্দেশ্যে অন্ধকারে লোঠি নিক্ষেপ করা প্রায় একই কথা। বলা বাহুল্য, ঐরূপ “নিদান” নামক নিরাশারের উপর নির্ভর না করিয়া, হোমিওপ্যাথীদের “লক্ষণ” নামক সাকারের উপর নির্ভরপূর্বক রোগের পরিবর্তে রোগীর চিকিৎসা করিতে পারিলে সর্বাশংকা কম সময়ে রোগ সমূলে নির্মূল করা যায়। নিম্নলিখিত রোগীর বিবরণে ইহার সত্যতা উপলব্ধি হইবে।

রোগী—যশোহর জেলার ঘোড়াগাছা নিবাসী শ্রীকৃষ্ণ মহেন্দ্রনাথ সাহা মহাশয়ের কন্যা। ১২/১২/০৬ তারিখে বেলা ৯টার সময় ইহার চিকিৎসার্থ আমি আহৃত হই। শুনিলাম—আজ ৩৪ দিন যাবৎ কন্যাটি অসহ্য পেট বেদনায় ভয়ানক কষ্ট পাইতেছে। বেদনাকালে সে ভীষণ চীৎকার করিয়া অস্থির হইয়া পড়ে। দৃজন লোকে তাহাকে সামলাইতে হয়। প্রথমে একজন হোমিওপ্যাথিক ডাক্তারকে ২ দিন দেখান হয়, তাহার দারা ফল না পাইয়া যশোহরের জনৈক প্রসিদ্ধ ডাক্তারকে দেখান হইয়াছে। তিনি তলপেটে কোঁড়া (appendicitis) হইবে বলিয়া অনুমান করিয়া ঔষধ দিয়াছেন। ২৪ ঘণ্টার মধ্যে উক্ত ঔষধে বেদনা বিশেষ কমে নাই।

(১) নাভীর নিকট খামচান বেদনা, (২) বাহুর সহিত আম ও সামান্য রক্তরেখা, (৩) বেদনাকালীন পেট চাপিয়া ধরিতে হয়। ইত্যাদি শুনিয়া আমি **কলোসিসিহু ৩**, তিন মাত্রা দিয়া, উহা এক ঘণ্টান্তর খাওয়াইতে বলিয়া দিলাম।

১২/১২/০৬ বেলা ১টা—মহেন্দ্রবাবুর বাড়ীতে উপস্থিত হইয়া দেখিলাম—রোগিণীর পেটে ব্যাণ্ডেজ বান্ধা রহিয়াছে ও রোগিণী চুপ করিয়া বসিয়া

আছে। ব্যাণ্ডেজ খুলিতে বলিলাম। ব্যাণ্ডেজ খোলা হইতেছে, এমন সময় রোগিণী হঠাৎ ভীষণ চীৎকার করিয়া উঠিল এবং কিছুক্ষণ পরে পুনঃ চুপ করিল। তাহার মা বলিলেন “ঐ দেখুন, বেদনা ঐরূপ হঠাৎ আসিয়া যেন কামড়াইয়া ধরে।” বুঝিলাম—কলোসিসিহু কোন উপকার হয় নাই। ব্যাণ্ডেজ খোলা হইলে রোগিণী দেখাইল যে, নাভীর অর্ধ ইঞ্চি নীচে বেদনা স্থল। আমি টিপিয়া দেখিলাম যে, বেদনা স্থল হইতে প্রায় ৪ অঙ্গুলি নিম্নে—কিঞ্চিৎ দক্ষিণে অর্থাৎ এপেন্ডিক্সের (vermiform appendix) স্থলে কতকটা স্থান চাকের মত শক্ত, সেখানে বেদনা খুব কম। রোগিণী বলিল যে, নাভীর নিকট বেদনা স্থলেও পূর্বে ঐরূপ চাক ছিল।

অনুসন্ধানে জানিলাম—মেয়েটির বয়স ১৪ বৎসরেরও অধিক, শরীর বলিষ্ঠ, কিন্তু তখনও সে প্রথম রজ্জ্বলা হয় নাই। আমি মনে করিলাম যে, হয়ত ঋতুর গোলযোগ বশতঃ বেদনার সৃষ্টি হইয়াছে। বেদনাও হঠাৎ আসে ও হঠাৎ চলিয়া যায়। এই লক্ষণের উপর নির্ভর করিয়া **আগ্রেসিবিয়া ফস ৬ষ্ঠ দশমিক চূর্ণ** (Mag phos 6x tritu) ২ মাত্রা, তিন ঘণ্টান্তর পরম জলের সহিত খাইবার ব্যবস্থা দিয়া চলিয়া আসিলাম।

পরদিন প্রাতে সংবাদ পাইলাম যে, বেদনা নাই।

১৩/১২/০৬—অত্র প্রাতে সংবাদ পাইলাম যে, গত রাত্রে রোগিণী বেশ সুখী হইতে পারিয়াছে। বলা বাহুল্য, ঐ বেদনা রাত্রিতেই বাড়িত। আরও ২ দিন যাবৎ উক্ত ঔষধ ২ মাত্রা করিয়া সকালে ও বৈকালে খাইতে দিলাম এবং শেষ দিনে **আগ্ ফস ২০০ শক্তি**, একমাত্রা দিয়া ঔষধ বন্ধ করিলাম। ইহাতেই রোগিণী সম্পূর্ণ আরোগ্যলাভ করিল। উহার কিছুদিন পরে মেয়েটির ঋতুস্রাব হইয়াছিল। অতঃপর প্রতিমাসে স্বাভাবিকভাবে ঋতু হইতেছে।

বিবিধ রোগের প্রত্যক্ষ ফলপ্রদ ঔষধ

লেখক—ডাঃ শ্রীপ্রভাসচন্দ্র বন্দ্যোপাধ্যায়

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; মহানাদ—হুগলী

(পূর্বে প্রকাশিত ১১শ সংখ্যার (ফাল্গুন) ৬০২ পৃষ্ঠার পর হইতে)

— c:)(*) : c —

(৯৮) জন্টিস—সালফার

‘জন্টিস’ রোগের দেশীয় নাম—পাণ্ডু, কামল, কামলা ও জ্বাৰা। ইংরাজিতে এই পীড়াকে ‘জন্টিস’ (Jaundice) ও ‘ইক্টেরাস্’ (Icterus) বলে। ইহাদের মধ্যে ‘জন্টিস্’ নামই সমধিক প্রচলিত।

ইহা একটা স্বতন্ত্র রোগ নহে—যকৃতের ক্রিয়া-বিকারজনিত কিম্বা কোন যকৃত রোগের আনুষঙ্গিক লক্ষণ মাত্র। যখন কোন কারণে যকৃত বড় বা ছোট হয়, কিম্বা উহার কোন ক্রিয়াদিকার উপস্থিত হয়, তখন জন্টিস্ হইতে পারে। কোন কারণে বাইল ডাক্ট অর্থাৎ পিত্তবাহী নল আবদ্ধ হইলে, ঐ পিত্ত অস্ত্রে আসিতে না পাইয়া রক্তের সহিত মিশ্রিত হয়, সুতরাং সর্কাস হরিদ্রাবর্ণ ধারণ করে। বিশেষতঃ চক্ষু ও প্রস্রাব হলুদবর্ণ হইলেই জন্টিস্ নামে কথিত হয়। পিত্তবাহী নলের অবরুদ্ধ ও অনবরুদ্ধাবস্থা-জনিত দুই প্রকার জন্টিস্ দৃষ্ট হয়। অবরুদ্ধাবস্থা-জনিত জন্টিস্ই সচরাচর হইয়া থাকে এবং তাহা সহজসাধ্য ; কিন্তু অনবরুদ্ধাবস্থা-জনিত জন্টিস্ হইলে ভয়ের কথা।

উৎপত্তির কারণ :—নিম্নলিখিত কতকগুলি কারণে জন্টিস্ রোগের উৎপত্তি হইতে পারে। যথা—

১। কোন বিষ-দোষজ্বর ;

২। রক্তের সহিত কোন বিষ মিশ্রিত হইলে, যেমন—পাইমিয়া, সর্পবিষ বা কোন বিষাক্ত খাদ্য উদরস্থ হইয়া রক্তের সহিত যোগ হইলে ;

৩। ক্রিমি কিম্বা কোন ফলের বিচি অথবা পিত্তশিলা দ্বারা পিত্তবাহী প্রণালী (bile duct) আবদ্ধ হইলে ;

৪। উদরস্থ কোন যন্ত্র বৃদ্ধি প্রাপ্ত হইয়া তদ্বারা উক্ত পিত্তবাহী নল বদ্ধ হইলে ;

৫। যকৃতের কোন প্রকার পীড়া হইলে ;

৬। গাউট কিম্বা উপদংশ বিষ শরীরে বর্তমান থাকিলে ;

৭। বহু পরিমাণ গুটলে মল উদরে সঞ্চিত অথবা পূর্ণ গর্ভাবস্থায় পিত্তবাহী নলে চাপ পড়িলে ;

৮। গল্‌ষ্টোন (পিত্ত-পাথুরী), ক্যান্সার প্রভৃতি রোগ জন্মিলে ;

লক্ষণ :—জন্টিস্ প্রবল আকার ধারণ করিলে চক্ষের যেতাংশ, মুখ, লাল, চক্ষের জল প্রভৃতি হলুদবর্ণ হইয়া যায়। প্রথমেই চক্ষু হরিদ্রাবর্ণ হয়। গা চুলকাইতে থাকে, মল মেটেবর্ণ বা সাদা ও দুর্গন্ধযুক্ত হয়, ভাল বাহ্য হয় না। কখন বা উদরাময় হয়, কখন কখন শরীরে শোথ দেখা যায়।

এই ত গেল মোটামুটি চিকিৎসাশাস্ত্রের রোগনির্ণয়ের কথা, এখন আমরা কার্যক্ষেত্রে কিরূপ দেখিতে পাই, তাহারই একটু আলোচনা করিব।

রোগের অবস্থা ছোট বড় কেহ নাই। কিন্তু কতকগুলি রোগ ভয়ঙ্কর আকারে প্রকাশ পায় ; তাহাদিগকে দেখিলেই ভয় হয়—যেন রোগীর জীবন ধ্বংস করিতেই সে নিযুক্ত হইয়াছে। জন্টিস্ এই সকল ভয়ঙ্কর রোগের অন্ততম।

এই পীড়ার চিকিৎসায় একটা সুবিধা আছে। ৯৩তম অনেক কঠিন রোগে পীড়ার কেলা বা গুরুত্ব অবস্থানের

সন্ধান পাইতে অনেক বিলম্ব হয়, কিন্তু রোগীর চক্ষু হরিদ্রাবর্ণ দেখিবারাত্রই এই শরীর শিবিং যে, বাইলডাক্টে বা লিভারে এবং নামটি যে জিওন্স, তাহা সহজেই বুঝিতে পারা যায়। এসকল বিষয় রোগীর বিবরণসহ ১৩৩১ সালের “চিকিৎসা-প্রকাশের” ১০ম ও ১১শ সংখ্যায় উল্লেখ করিয়াছি।

এখানে আর একটি বিষয়ের উল্লেখ করিতে চাই, তাহা গৃহস্থের স্বকৃত চিকিৎসা-প্রকরণ। অর্থাৎ রোগীর কঠিন পীড়া হইলে, তাহার আত্মীয়স্বজন কেবল একমাত্র চিকিৎসকের প্রদত্ত ঔষধের উপরেই নির্ভর করিতে পারেন না—অত্যাশ্রিত ঔষধ যে যাহা বলে তাহা ব্যবহার করিয়া থাকেন। অবশ্য সে সকল কথা চিকিৎসককে জানান হয় না। অনেক ক্ষেত্রে ঐ সকল ঔষধের মধ্যে খাওয়াইবার ঔষধ না থাকিতে পারে, কিন্তু প্রলেপ প্রভৃতি কত কি যে থাকে, বহুদূরী চিকিৎসকের তাহা অবদিত নাই।

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসায় এই রোগে বাহ্যিক প্রয়োগের কিছুই আবশ্যক হয় না, আভ্যন্তরিক বা সেবনের ঔষধেই রোগী আরোগ্য লাভ করে। যদিও লক্ষণানুসারে অনেক ঔষধ ব্যবহৃত হয়, কিন্তু নল্লভমিকা, চায়না, সিনা, বেলাডোনা, মার্ক-সল, ক্যামোমিলা, সালফার প্রভৃতি কতিপয় ঔষধের কোন একটিতেই এই রোগ সচরাচর আরাম হইয়া থাকে। ইহাদের মধ্যে সালফার কিকপ আশ্চর্য্যভাবে জিওন্স আরাম করিতে পারে, তাহাই এস্থলে প্রদর্শিত হইবে।

ক্লোজীঃ—আমার কনিষ্ঠ পুত্র শ্রীমান্ পঞ্চানন্। ইহার বয়স ৭ বৎসর। বিগত ৮ই মাঘ (১৩৩৭) প্রাতে ৮টার সময় নিয়মিত পাঠ সমাপনান্তে মাথা কামড়াইতেছে বলে। হাত দেখিয়া জ্বর হইয়াছে টের পাইলাম। পরদিন জ্বর ছাড়িল না, **লেলেডোনা ৩**, খাইতে দিলাম। চার দিন একজরের পর ৫ম দিনে দেখিলাম—তাহার চক্ষু হরিদ্রা বর্ণ হইয়াছে, প্রস্রাবও হরিদ্রাবর্ণ—এমন কি মাটিতে

প্রস্রাব করিলে মাটি পর্য্যন্ত হলুদ বর্ণ হইয়া যায়, কাপড়ে লাগিলে তাহা ধুইলেও উঠে না। জ্বর ১০৩ পর্য্যন্ত উঠে, দুইদিন বাহ্য হয় নাই। এইদিন **নল্লভমিকা ২০০**, একমাত্রা খাইতে দিই। সেই দিনেই বাহ্য হয় এবং একদিন পর একবার করিয়া বাহ্য হইতে থাকে। কিন্তু জিওন্স খুব বাড়িয়া যায়, সর্বাঙ্গ বিশেষতঃ চক্ষু, জিহবার তলা, হাত পায়ের তলা খুব হরিদ্রাবর্ণ; লিভার বৃদ্ধি ও বেদনাশূল; পেটে হাত দিতে দেয় না। একদিন লিভারের উপরিভাগে কিরকম যন্ত্রণা হইতে থাকে, তাহার জন্ম সেই স্থানে হাত বুলাইয়া দিতে হইত। নিয়ত অবসন্ন ভাব; চক্ষু বৃদ্ধিয়া পড়িয়া থাকে; মুখে তর্পক, ঝকচিকিছু খাইতে চাহে না। **মার্ক-সল ২০০**, একবার খাওয়াইলাম; তখন পীড়া ৭৮ দিন হইয়া গিয়াছে। কোনও দ্রব্য—বিশেষতঃ চর্মা বস্ত্র, এমন কি কমলা লেবু পর্য্যন্ত খায় না, কেবল সন্দেশ খাইতে চায়। চিনি প্রভৃতি মিষ্ট দ্রব্য খাইতে দেওয়া অস্বীকৃত হইলেও, অগত্যা প্রত্যাহ আধপোয়া পরিমাণে উৎকৃষ্ট সন্দেশ খাইতে দেওয়া হইত। বৈকালে ও রাত্রে অনেক বার জল খাইত। দুইদিন এইরূপ আহারে কাটে, তারপর কমলালেবুর রস, বেদানার রস ডাবের জল, সুপক পেঁপে ও সন্দেশ খাইতে থাকে। সন্দেশের লোভেই ঐ সকল খাদ্য কোনরূপে খাইত।

মার্ক-সল খাওয়ানোর পর কোন দিন কতক সময় জ্বর ত্যাগ হইলেও, প্রত্যাহ ১টা ২টার সময় জ্বর হয়। অবস্থা ক্রমশঃ খারাপ হইতে লাগিল। চিকিৎসার ভার নিজের হাতে আর না রাখিয়া, অত্র চিকিৎসকের উপর দিবার জন্ম ব্যত হইলাম। কারণ, রোগীর অবস্থা দেখিয়া আমার মন চঞ্চল হইয়া গিয়াছিল। সেই দিনই বৈকীর সুবিখ্যাত প্রবীণ হোমিওপ্যাথ ডাঃ শ্রীযুক্ত মহেন্দ্রনাথ ভট্টাচার্য্য মহাশয়কে পত্র লিখিলাম, উত্তর পাইলাম না। রোগী ক্রমশঃ সঙ্কটের দিগে অগ্রসর। রাত্রে একটু আধটু ভুল বকে, দাঁত কিড়মিড় করে। শৈশবাবস্থা হইতেই বরাবর কৃমির উপদ্রব আছে, সেজন্য **সিনা ২০০**, একবার

করিয়া দুইদিন খাওয়াইলাম, কোন উপকার হইল না।
এদিন স্থানীয় অগ্র একজন হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক
আসিয়া দেখিলেন। তিনি অবস্থা দেখিয়া বালককে
ক্যাল্কেনিয়া আস' ৩০, দিতে বলিলেন, আ-র
যাইবার সময় বলিলেন “না হয়, আজ ঔষধ বন্ধ থাকুক,
সিনার ফলাফল আজিও দেখা হউক। স্ত্রীর ঐ ঔষধ
দেওয়া হইল না। কিন্তু বিনা ঔষধে ফেলিয়া রাখিতেও
পারিলাম না। বালকের হৃদে দাঁত পড়িয়া স্থায়ী দন্ত উঠি-
তেছে, গায়ে হাত দিলে চটিয়া যায়, এই সকল লক্ষ্য করিয়া
ক্যাল্কেনিয়া ১২, দুই দিন দুইবার করিয়া
খাওয়াইলাম, ইহাতেও কিছু হইল না। ডাঃ মহেন্দ্র বাবুকে
আসিবার জন্ত পুনরায় পত্র লিখিলাম, উত্তর আসিল—
তিনি পীড়িত।

২০শে মার্চ—আজ ১৩ দিন। রোগীর অবস্থা
দেখিয়া অত্যন্ত ভীত হইলাম। বালকের জীবনে
আমার সন্দেহ হওয়ায়, ঔষধ নির্বাচন করা বা কোন
ঔষধের উপর নির্ভর করা আমার পক্ষে অসম্ভব হইয়া
উঠিল।

রোগীর দুই এক দিন পূর্ন হইতে গা চুলকাইতেছিল ;
আজ সন্ধ্যায় অত্যন্ত অধিক পরিমাণে আটকৈরিয়া
(আমবাতি) বাহির হইয়াছে ও নিয়ত চুলকাইতেছে।
রক্তের সহিত বেশী পরিমাণে পিত্ত মিশ্রিত হইলে এইরূপ
আটকৈরিয়া বাহির হয়, সেজন্য আরও চিন্তার কারণ
হইয়াছে। পূর্বে কোন কোন দিন অর ছাড়িয়া আসিত
এবং অর কমও ছিল, কিন্তু এক্ষণে অর আর ছাড়ে না এবং
অল্প বৈকালে পূর্বের ত্রায় উত্তাপ ১০০ ডিগ্রি পর্যন্ত
হইয়াছে। উপাধাস্তর না দেখিয়া অল্প সন্ধ্যার সময়
এক মাত্রা সালফার ৩০, খাওয়াইয়া দিলাম।

২১শে মার্চ—সকালে দেখিলাম যে, আটকৈরিয়া
ভাল হইয়া গিয়াছে, রোগী অপেক্ষাকৃত প্রফুল্ল ও সুস্থ।
এই আশাতীত উপকার দর্শনে যে, কি অনির্বাচনীয়
আনন্দানুভব করিলাম, তাহা প্রকাশ করিতে পারি না।
উত্তরোত্তর দ্রুতগতিতে বালকটি আরোগ্যপথে অগ্রসর
হওয়ায়, আর কোন ঔষধ দিতে হয় নাই। একমাত্র
সালফার এই ভয়ঙ্কর জটিল পীড়ার ভীষণ আক্রমণ
হইতে বালকটিকে রক্ষা করিয়া দিল।

চক্ষের ছানিরোগে—পালসেটিল (Pulsatilla in Cataract.)

লেখক—ডাঃ আব্দুল ওসাদুদ্ M. B. (Homoeo)

নবসিংদি—ঢাকা

— ০০:(*):(০০—

রোগিনী ৪—কুমরাণী গ্রামনিবাসী মৌলবী আব্দুল
আজিজ কারি সাহেবের আত্মীয়া। রোগী বিবাহিতা, বয়স
১৬।১৭ বৎসর। বিগত আশ্বিন মাসে আমি এই রোগিনীর
চিকিৎসার্থ আহূত হই। জানিতে পারিলাম, রোগিনীর
৪ বৎসর হইল চক্ষে ছানী পড়িয়াছে। এ পর্যন্ত
নানা প্রকার টোটকা ঔষধ দেওয়া হইয়াছে, সারে নাই।
এখানকার একজন নামজাদা এলোপ্যাথকেও দেখান
হইয়াছিল। তিনি প্রায় তিন মাস চিকিৎসা করিয়া

দেখাইতে পারেন নাই। তাঁহার চিকিৎসায় উপকার
হইয়াছিল ; কিন্তু স্থায়ী আরোগ্য হয় নাই।

আমি গিয়া দেখিলাম—রোগিনীর উভয় চক্ষেই ছানী
(cataract) পড়িয়াছে। প্রথম প্রথম চক্ষে খুব জালা,
যন্ত্রণা ছিল। এখন আলোক অসহিষ্ণুতা ব্যতীত আর
কোন লক্ষণ পাইলাম না। দৃষ্টিশক্তির ব্যতিক্রম
এখনও হয় নাই। গুণিলাম—রোগিনীর এপর্যন্ত ঋতু দেখা
দেয় নাই।

বর্তমান অবস্থা :—আমি রোগিণীর নিকট ঔষধ দিলাম। এতদিন প্লেসিবো প্রত্যহ ২ পুরিয়া হইতে নিয়লিখিত লক্ষণ কয়েকটা অবগত হইলাম। সেবনার্থ একমাসের ঔষোগী ঔষধ দিয়া চলিয়া আসিলাম।

(১) চক্ষে আলোক অসহিষ্ণুতা। প্রতি একমাস

অন্তর চক্ষে যন্ত্রণার বৃদ্ধি হয়।

একমাস পরে সংবাদ পাইলাম—ঔষধ খাওয়ার ২০২৫

(২) রোগিণী অস্থিরতার জন্য রাত্রে ঘুমাইতে পারে না। বাহিরে মুক্ত বাতাসে বসিয়া থাকিলে আরামবোধ হয়।

দিন পরে চক্ষু হইতে নানা রংয়ের শ্রাব হইয়া চক্ষের ছানি সারিয়া গিয়াছে। পুনরায় ১ মাসের জন্য প্লেসিবো দিলাম। ইহার একমাস পর সংবাদ পাইলাম যে

(৩) রোগিণীর বিনয় স্বভাব ও ক্রন্দনশীল মেজাজ।

রোগিণীর নিয়মিতরূপে ঋতুশ্রাব হইয়াছে। একটি ছানি সামান্য আছে, বাকী সব সারিয়াছে।

চিকিৎসা :—উল্লিখিত লক্ষণাবলী দৃষ্টে আমি

ঔষধ পূর্ববৎ।

তাহাকে পাল্‌সেটিলা ১০০০ শক্তির ২টা

৬ মাস পরে জানিতে পারিলাম যে, অবশিষ্ট ছানিটাও

মোবিউল ৪ আউন্স জলে মিশ্রিত করিয়া প্রত্যহ

আরোগ্য এবং রোগিণী অন্তঃস্বরা হইয়াছে।

প্রাতে একবার করিয়া সেবন করিতে বলিয়া ৭ দিনের

হোমিওপ্যাথিক ঔষধের পার্থক্য-বিচার

লেখক—ডাঃ শ্রীমলিনীনাথ মজুমদার

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক ; খাগড়া—মুর্শিদাবাদ

(পূর্ব প্রকাশিত ১১শ সংখ্যার (ফাল্গুন) ৫৯ পৃষ্ঠার পর হইতে)

—:~:~:~:—

একোনাইট মেনপেলাস Aconite napellus

(১) শিরোঘূর্ণন :—

ক্যামোমিলা :—একোনাইটের ত্রায় শয়ন করিবার পর শিরোঘূর্ণন ইহাতেও আছে। উপবিষ্টাবস্থা হইতে উত্থান করিতেও শিরোঘূর্ণন, (পাল্‌স) ; কিন্তু চারিদিকে দৃষ্টি করিলে অথবা পর্যায়গৌল পার্শ্বপরিবর্তনে ইহার শিরোঘূর্ণন বৃদ্ধি পায় [কোনা]। আর মানসিক কোপনতা প্রভৃতি লক্ষণ দ্বারা একোনাইটের সহিত ইহার পার্থক্য বিচার্য।

ফফ্‌ফ্রাস :—হাতে শয্যা হইতে উত্থানকালে শিরোঘূর্ণন (ব্রাইও, ক্যামো, লাইকো) এবং আসন হইতে উত্থান করিবার সময় (ব্রাইও, কেলি-ক) ও বিচরণ সময়ে (নক্স-ম) শিরোঘূর্ণন (কেলি-বা) ইহাতে আছে। কিন্তু একোনাইটের ত্রায় মানসিক অবস্থা ফফ্‌ফ্রাসের নাই একোনাইটের সহিত ইহাই ইহার পার্থক্য।

(২) শিরোঘূর্ণন সহ মুচ্ছা ও পাণ্ডুবর্ণ মুখমণ্ডল :—

একোনাইটের উক্তরূপ শিরোঘূর্ণন সহ যে মুচ্ছা ও পাণ্ডুবর্ণ মুখমণ্ডল দৃষ্ট হয়, তাহার সহিত বেলোডোনা, পাল্‌সেটিলা ও সালফারের সাদৃশ্য আছে। সুতরাং ইহাদের পরস্পর পার্থক্য বিচার করা কর্তব্য।

বেলেডোনা :—ইহাতে শিরোঘূর্ণনসহ দৃষ্টবিলোপ, শিখা দর্শন ও অচেতনতা ঘটে। অথবা মস্তক সম্মুখে ও পশ্চাতে আন্দোলিত হইতেছে, এরূপ বোধ বা সঞ্চালনে কিবা শয্যায় পার্শ্বপরিবর্তনে মুচ্ছাভাব হয়। বেলোডোনার মুখমণ্ডল ক্ষীত ও উত্তপ্ত (একো, ওপি) অতিশয় পাণ্ডুবর্ণ (ব্রাইও) দৃষ্ট হয়।

পাল্‌সেটিলা :—মুখমণ্ডল পর্যায়ক্রমে লোহিতবর্ণ ও পাণ্ডুবর্ণ হয় এবং শীতানুভবসহ শিরোঘূর্ণন বিद्यমান থাকে। সেই সঙ্গে মুচ্ছাভাবও হইতে পারে। কিন্তু পাল্‌সেটিলায় সর্পিদা লক্ষণের পরিবর্তনশীলতাই

একোনাইট হইতে ইহাকে পৃথক করিয়া দেয়। বিশেষতঃ মানসিক লক্ষণ স্বতন্ত্র ও সমধিক পার্থক্যজ্ঞাপক।

সালফার :—ইহার শিরোঘূর্ণন খোলা বাতাসে ভ্রমণ কালে বাড়ে (আর্জ, ক্যাক, গ্লোনে, সিপি মাধা নত করিবার সময় (একো, বেল, পালস); আসন হইতে উঠিবার সময় (বেল, ব্রাইও,) আর জলস্রোত পার হইবার সময় বৃদ্ধি পায়। এই সঙ্গে মুখমণ্ডলের পাণ্ডুরতা ও যাতনাজ্ঞাপকতা থাকে এবং মুছাঁও হইতে পারে। সুতরাং একোনাইট সহ সহজেই ইহার পার্থক্য বিচার করা যায়।

(৩) ক্রোধ বা ভয়জাত শিরোঘূর্ণন :-

ক্রোধ, ভয় অথবা আকস্মিক রক্তঃস্রোতজাত শিরোঘূর্ণন—যাহা একোনাইটের সহিত তুলনীয় ভাবে ব্রাইও, পডো, পালস ও কেলিবাইক্রমে আছে। এক্ষণে উক্ত ঔষধ কয়েকটির পার্থক্য বিচার আবশ্যক। ইহাদের মধ্যে ক্রোধ বা ভয়জাত রোগের পার্থক্যই প্রথমে বিচার করিব।

ব্রাইওনিয়া :—ইহার রোগী অত্যন্ত ক্রোধপ্রবণ, সকল বিষয়েই ক্রোধান্বিত হয় (ক্যামো, হিপা, কেলিকা, লাইকো ও নক্সড) এবং তজ্জন্ত শিরোঘূর্ণন জন্মিলেও ইহার নিজস্ব লক্ষণ, যথা—সঞ্চালনে উপশম ও স্থির থাকার প্রবৃত্তি—এমন কি, কথা কহিলেও রোগ বৃদ্ধি লক্ষণেই একোনাইট হইতে ইহাকে প্রভেদ করা যায়। আর অবিরত উৎকর্ষ ও আশঙ্কা, অপচ মানসিক অবসাদ প্রভৃতি লক্ষণযুক্ত শিরোঘূর্ণনেই ইহা একোনাইটের পরিবর্তে ব্যবহৃত হয়।

পডোফাইলসাম :—ইহার রোগী উৎসাহবিহীন, (নক্স, পালস, চেলি আইরিস); মনে করে—সে যেন মরিতে যাইতেছে, অথবা তাহার মৃত্যু অতি নিকট (একো, আস, নক্স, সিকে) এবং তৎসহ ক্রোধজাত শিরোঘূর্ণন ঘটিলে বোধ হয়, যেন চক্ষুর উপরে পূর্ণতা অশুভব, এই সকল লক্ষণ বিद्यমান থাকে। একোনাইটের সহিত ইহাই ইহার পার্থক্য।

পাসসেটিলা :—ইহাতে চিত্ত অস্থিরতা অর্থাৎ কখনো লাইকো, প্যাটি, ও ফসফরাসের মত বিষাদ, বিলাপ এবং বিষমযুক্ত, আবার কখনো বা ব্রাইও ও ক্যামোমিলার মত অসন্তুষ্টি ও বিরক্তি ভাব থাকে। সুতরাং এইরূপ অব্যবস্থিত চিত্ত রোগীর ক্রোধ বা ভয়, যে কোন কারণে শিরোঘূর্ণন হইতে পারে। সুতরাং একোনাইটের পরিবর্তে ইহাই প্রযুক্ত হয়।

কেলিবাইক্রম :—ইহার অত্যন্ত প্রধান লক্ষণ, যথা—রক্ত বা স্রবৎ স্লেমাস্রাব উহা টানিলে দড়ির মত লম্বা হয় (হাইড্রা, লাইসিস) আর বেলেডোনার মত সহসা উপস্থিত ও সহসা তিরোহিত লক্ষণযুক্ত ভয় বা ক্রোধজাত শিরোঘূর্ণনে ইহা ব্যবহৃত হইতে পারে। এই সঙ্গে চক্ষু নাসিকা, মুখবিবর, গলবধ্য, বায়ুনলী, পাকস্থলী বা অন্ত্রপথের (gastro intestinal tract) এবং জনন বা মূত্রযন্ত্রপথের পৈশ্লিক ঝিল্লির উত্তরূপ দুঃশ্চেষ্ট স্লেমাস্রাব থাকা আবশ্যক। তাহা হইলেই ইহা একোনাইটের পরিবর্তে ব্যবহৃত হইতে পারে।

(ক্রমশঃ)

ভ্রম সংশোধন

— ০ —

গত ১১শ সংখ্যা (১৩৩৭ ফাস্কন) চিকিৎসা প্রকাশের ৫৮৪ পৃষ্ঠাস্থ ১নং প্রেক্ষপসনে একটা যান্ত্রিক ভুল ছাপা হইয়াছে। ঐ প্রেক্ষপসনে লাইকর ট্রিকনিয়া হাইড্রোকোর ২ মিনিম ব্যবস্থিত হইয়াছে। কিন্তু উহা লাইকর

ট্রিকনাইন না হইয়া সিরাপ লিয়ন ১/২ ড্রাম হইবে; ব্রোমাইড এর সঙ্গে ট্রিকনাইন কখন প্রযুক্ত হইতে পারে না। প্রফরিডারের অনবধানতাবশতঃ এইরূপ ভুল ঘটিয়াছে। পাঠকগণ এই ভুলটি সংশোধন করিয়া লইলে বাধিত হইব।

ডাঃ ইউ, ডাক্তারীর

মূল্য কমিয়াছে]

কালাজ্বরের ফলপ্রদ ঔষধ

[মূল্য কমিয়াছে

ইউরিয়া স্টিবামাইন - Urea Stibamine.

০.০১ গ্রাম	...	১০ চারি আনা।	০.১০ গ্রাম	...	১০ বার আনা।
০.০২ " "	...	১০ চারি " "	০.১৫ " "	...	১৫ এক টাকা।
০.০৫ " "	...	১০ আট " "	০.২০ " "	...	১০ এক টাকা চারি আনা।

এককালীন ৬টা বা ততোধিক এম্পুল লইলে শতকরা ২০ হিঃ কমিশন দেওয়া হয়। এককালীন বেশী পরিমাণে লইলে কমিশনের হার আরও বর্দ্ধিত করা হইয়া থাকে।

প্রাপ্তিস্থান :- লণ্ডন মেডিক্যাল স্টোর, ১৯৭ নং বহুবাজার স্ট্রীট, কলিকাতা।

Jhenson Brother's & Co. s

সর্বোৎকৃষ্ট ও নিরাপদ ক্রিমিনাশক অব্যর্থ ঔষধ

ট্যাবলেট ভারমিউলিন—Tablet Vermulin.

বিশুদ্ধ স্ট্রাণ্টোনাইন সহ আরও কয়েকটা ফলপ্রদ ক্রিমিনাশক ঔষধের রাসায়নিক সংমিশ্রণে ট্যাবলেট আকারে “ভারমিউলিন” প্রস্তুত হইয়াছে। কেঁচো ও স্ত্রবৎ ক্রিমি বিনাশায় এবং তজ্জনিত বাবতীয় উপসর্গ নিবারণার্থ, অস্ত্রান্ত ক্রিমিনাশক ঔষধ অপেক্ষা ইহা অধিকতর উপকারী। **মাত্রা**, —২ বৎসরে ১টা ট্যাবলেট চূর্ণ করিয়া উহার ৩ ভাগের ১ ভাগ; ৩—৫ বৎসরে অর্ধ ট্যাবলেট; ৬—১২ বা তদুর্ধ্ব বয়সে ১টা ট্যাবলেট মাত্রায় সেব্য। **ক্রিমি বিনাশার্থ** পূর্কদিন বিরেচক ঔষধ সেবনান্তর, তৎপর দিন ১ মাত্রা ভারমিউলিন সেবন করতঃ, পরদিন পুনরায় বিরেচক ঔষধ সেবা ২ দিন বাদে পুনরায় ঐরূপ ভাবে ইহা সেবন করিতে হইবে। ইহাতেই অল্পস্থ বাবতীয় ক্রিমি বিনষ্ট হইয়া বাহির হইয়া যাইবে। **ক্রিমিজনিত উপসর্গ দমনার্থ** প্রতি মাত্রা ১ ও ঘণ্টাওয়ার সেবা।

মূল্য :- ২২ ট্যাবলেট পূর্ণ আদিত শিশি (original phial) ২৫০ হুই টাকা বার আনা। ৩ ফাইল ৭৫০ সাত টাকা আট আনা। ডজন ২৮০ টাকা।

আমদানীকারক ও প্রাপ্তিস্থান—লণ্ডন মেডিক্যাল স্টোর।

এম, ব্রোসের নবাবিষ্কৃত উপদংশ ও ম্যালেরিয়া-প্রতিরোধক

সম্পূর্ণ নিরাপদ] **কে, ডি, ভার্সন** [অব্যর্থ ফলপ্রদ

উপদংশ ও ম্যালেরিয়া-জীবাণু সমূলে বিনাশার্থ এই ঔষধের মাত্র তিনটি ইঞ্জেকসনট যথেষ্ট। নিঃশ্রান্তভার্সন প্রতিটি অপেক্ষা অধিক ফলদায়ক ও প্রতিক্রিয়াবিহীন; ইহা **ইন্ট্রামাস্কিউলার ও হাইপোডার্মিক ইঞ্জেকসন**রূপে ব্যবহৃত হয়। ক্রমঃপথ্যায়নীয় তিনটি এম্পুলযুক্ত প্রতি বায়ের মূল্য মাত্র ২০ হুই টাকা।

সেলিং এজেন্ট ও প্রাপ্তিস্থান :- লণ্ডন মেডিক্যাল স্টোর

লণ্ডনের সুপ্রসিদ্ধ কেমিষ্ট Boot's কোম্পানির

সেই বিখ্যাত—ক্রিমিনাশক মহৌষধ

আমদানী হইয়াছে] **বন্ বন্—BONBON** [আমদানী হইয়াছে

সব রকম ক্রিমি বিনষ্ট করণার্থ এই স্ত্রবসেবা—সর্বজন বিদিত “বন্ বন্” বিরূপ উপকারী, তাহার পরিচয় অনাবশ্যক। **মূল্য**—প্রতিশিশি (২০টা বন্ বন্) ১৫০ একটাকা বার আনা,

প্রাপ্তিস্থান—লণ্ডন মেডিক্যাল স্টোর ১৯৭নং বহুবাজার স্ট্রীট, কলিকাতা।

এম, ধরমিভাই এণ্ড কোং ; ৫৫১০৬ ক্যানিং স্ট্রীট, কলিকাতা।

ইঞ্জেকসন চিকিৎসায় বিশেষজ্ঞ সুপ্রসিদ্ধ
 প্রবীণ চিকিৎসক ডাঃ জীরাচন্দ্র রায় L. M. P. প্রণীত
 ইঞ্জেকসন চিকিৎসা সম্বন্ধীয় বিরাট বিশ্বকোষ সদৃশ
 এলোপ্যাথিক চিকিৎসা-গ্রন্থ

বিশ্বিত ইঞ্জেকসন চিকিৎসা।

আমূল সংশোধিত ও বহু নূতন বিষয় সংযোগে বিপুল বর্দ্ধিত
 এবং বহুচিত্রে বিভূষিত
 ১ম, ২য় ও ৩য় খণ্ড এবং পরিশিষ্ট সহ
 প্রায় ১৩০০ তের শতাধিক পৃষ্ঠায় সম্পূর্ণ হইয়া

৪র্থ সংস্করণ প্রকাশিত হইয়াছে



এবার এই ৪র্থ সংস্করণে অনেক নূতন ঔষধ, ইঞ্জেকসন
 সম্বন্ধে বহু অভিনব তথ্য, নূতন আবিষ্কার, নূতন নূতন
 ফলপ্রসূ চিকিৎসা-প্রণালী সম্বিবেশিত হইয়াছে। বিংশতি
 প্রকার ইঞ্জেকসনে সম্পূর্ণ পারদর্শী হইয়া, যাবতীয় পীড়ার
 ইঞ্জেকসন চিকিৎসায় সবিশেষ অভিজ্ঞতা লাভের পক্ষে
 “বিশ্বিত ইঞ্জেকসন চিকিৎসা”
 কিরূপ সম্পূর্ণ উপযোগী হইয়াছে এবং ইঞ্জেকসন চিকিৎসা
 সম্বন্ধে এরূপ সর্বাপেক্ষা সুন্দর ও সমৃদ্ধ জ্ঞাতব্য বিষয় পূর্ণ
 বিশ্বিত প্রকাণ্ড পুস্তক এ পর্যন্ত এলোপ্যাথিক মতে
 বাঙ্গালা ভাষায় বাহির হইয়াছে কি না এবং আকার ও
 উপযোগিতার তুলনায় মূল্যও কিরূপ সুলভ হইয়াছে,

এবারকার এই ৪র্থ সংস্করণ দেখিলেই তাহা বুঝিতে পারিবেন।

এবার এই ৪র্থ সংস্করণের পরিশিষ্টাংশে অনেক নূতন বিষয়
 সম্বিবেশিত হইয়াছে

মূল্য ৪—৪র্থ সংস্করণে পুস্তকের কলেবর বৃদ্ধি হইলেও মূল্য বৃদ্ধি করা হইল না। প্রকাণ্ড পুস্তক,
 দীর্ঘ স্থায়ী মূল্যবান এটিক কাগজে ও বড় আকারে (ক্রাউন সাইজে) অতি সুন্দররূপে ছাপা,
 ১ম, ২য়, ৩য় ও পরিশিষ্ট সহ একত্র সুবর্ণখচিত সুন্দর বিলাতী বাইণ্ডিং
 মূল্য ২০০ পানি টাকা আট আনা। যাতুল ৮/০ চৌদ্দ আনা।

প্রাপ্তিস্থান—চিকিৎসা-প্রকাশ কার্যালয়, ১৩৭নং বহুবাজার স্ট্রীট, কলিকাতা।

